

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por
trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados
con Alzheimer en su fase inicial.*

Autora: María Agostina Scodellari

Directores: Lic. Ileana Allegranza

Paraná, 4 de octubre de 2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAyCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS
FACULTAD DE HUMANIDADES ARTES Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



**“TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA APLICADAS POR
TRABAJADORES DE LA SALUD EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON ALZHEIMER EN SU FASE INICIAL”.**

Trabajo Integrador Final: Investigación de campo.

Tesista: Scodellari, María Agostina.

37.282.526

342-4484930

ago.scodellari@gmail.com

Directora: Allegranza Ileana.

Fecha: 10/04/2023

Paraná, Entre Ríos

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Agradecimientos

A mi familia, muy especialmente a mis padres,
por haberme brindado la posibilidad de estudiar a pesar de las dificultades,
por apoyarme y haber confiado en mí siempre.

A mi hermano y mi pareja que estuvieron en momentos difíciles
con una palabra de aliento.

A mi directora Ileana
por sus aportes siempre provechosos y oportunos,
por su dedicación, paciencia y calidez humana con la que supo guiarme.

A los trabajadores de la Institución de Pilares que me brindaron su espacio,
tiempo, buena predisposición y por haber participado
voluntariamente en esta investigación.

A la Universidad Autónoma de Entre Ríos,
por la posibilidad de haber transitado esta experiencia de formación tan importante.

¡Gracias!

Índice

Resumen	4
Capítulo 1	6
Introducción	6
Presentación y justificación del trabajo.....	6
Preguntas de Investigación.....	9
Objetivos de la investigación	10
Hipótesis o supuestos.	10
Capítulo 2	11
Estado del Arte	11
1. “Exploración bibliográfica sobre la eficacia de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia”.	11
2. “La demencia y una perspectiva multidimensional desde el lugar del psicólogo”.	13
3. “Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve”	15
4. - “Revisión exhaustiva sobre la estimulación cognitiva en ancianos con demencia de tipo Alzheimer”	16
5. - “Las terapias de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzhéimer”.....	16
Marco teórico	17
1- Técnicas de Estimulación Cognitiva (T.E.C).....	17
2- Demencia.....	20
- Recorrido histórico	20
- Definición de Demencia actual	21
- Los tipos de demencias más comunes son:	22
- Demencia vs Proceso de envejecimiento	23
3- Demencia de Tipo Alzheimer.	26
- ¿Qué es el Alzheimer?	26
- Fases por las que atraviesa la persona con patología de Alzheimer	28
- Factores genéticos de la patología de Alzheimer	29
- Etiopatogenia multifactorial de la patología de Alzheimer	30
4- Familia (Enfoque Sistémico).....	31
Capítulo 3	33
Marco Metodológico	33
Modalidad Elegida.	33
Tipo de Diseño y Muestra.	34
Unidad de Análisis, de Información y Técnicas de Recolección.	34
Campo Empírico.	36

Capítulo 4.....	36
Análisis	36
1- Técnicas de Estimulación Cognitivas (T.E.C).	39
2- Demencia.....	50
3- Demencia de Tipo Alzheimer.	50
4- Familia.....	50
Capítulo 5.....	53
Resultados	53
Capítulo 6.....	55
Discusión	55
Conclusión.....	59
Recomendación.....	60
Limitaciones.....	61
Bibliografía	63
ANEXOS	67
Preguntas de entrevista semiestructurada	67
Entrevista 1	70
Entrevista 2	73
Entrevista 3	82
Entrevista 4	87

Resumen

La presente investigación se ha realizado con el propósito de conocer y describir las T.E.C aplicadas por Trabajadores de La Salud en pacientes Diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial pertenecientes a la Institución de Pilares de La Ciudad de Santa Fe.

Por lo tanto, a lo largo del estudio efectuado se indagó sobre la identificación de las estrategias que se utilizan en las T.E.C y sobre las variables que intervienen para su conformación y posterior aplicación a pacientes con Alzheimer.

Para alcanzar una descripción e interpretación del fenómeno de estudio, se ha llevado a cabo una investigación que se enmarcó en un enfoque cualitativo con alcance descriptivo, y con propósito experimental.

Esta investigación es concebida en la experiencia de campo porque la información se obtuvo a través de entrevistas semidirigidas individuales, realizadas a partir de la modalidad virtual y presencial entre el investigador y cada uno de los entrevistados, también se recolectó información con observación participante de los concurrentes del nosocomio.

La muestra se dividió en entrevistas a cuatro trabajadoras de la salud y observaciones a dos grupos de adultos mayores.

Para la recolección de datos se procedió a contactar a los trabajadores, con la finalidad de informarles en qué consistía la investigación, entrevistas y observación, explicitando los ejes **teóricos** a abordar y las consideraciones éticas que se tendrán en cuenta (participación optativa y confidencialidad de los datos comunicados), plasmadas en el consentimiento informado.

Posteriormente con los trabajadores que aceptaron participar, se pautaron horarios y días de encuentros para la realización de entrevistas y observaciones.

Llegado el momento, se buscó generar un rapport con el entrevistado mediante un diálogo casual. Consecutivamente, se concreta la entrevista, partiendo de una guía de preguntas confeccionada previamente.

Con la finalización de cada una de las mismas se continuó con las observaciones.

Al terminar esta recolección de contenidos se agradeció cordialmente a los trabajadores de Pilares por su predisposición y colaboración.

Para el análisis de los datos, se transcribió de manera ordenada la información que se obtuvo por medio de grabaciones de las entrevistas y observaciones participantes. De igual manera, luego de

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

una lectura exhaustiva de las respuestas y preguntas transcritas conforme a los objetivos específicos del estudio, se diseñó un análisis con cuatro ejes teóricos específicos de la investigación: Técnicas de Estimulación Cognitivas (T.E.C), Demencia, Demencia de Tipo Alzheimer y Familia.

A partir de los resultados contruidos e interpretados se concluyó que los trabajadores de la salud perciben a los concurrentes de la institución de Pilares como:

Personas atravesadas por una patología donde requieren estimulaciones constantes tanto en lo institucional como en lo extrainstitucional a través de la aplicación de T.E.C.

Las mismas están direccionadas a lo interdisciplinario con la puesta en marcha de profesionales de salud, utilizadas dependiendo de la demanda que el adulto mayor requiera diariamente, siendo abordadas de manera individual o grupal con el objetivo de ralentizar la patología e independizar al paciente el mayor tiempo posible promoviendo una mejor calidad de vida.

Palabras claves: T.E.C, patología de Alzheimer, familia.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Capítulo 1

Introducción

Presentación y justificación del trabajo.

El interés de despliegue de este Proyecto radicará sobre el conocimiento de técnicas de estimulación cognitivas (T.E.C) que se utilizan en pacientes con Patología de Alzheimer, haciendo énfasis en la primera fase de evolución que la misma desarrolla.

El problema de investigación está orientado a conocer, describir, identificar las estrategias y metodologías que los profesionales de la salud con sus diversas disciplinas, direccionadas para el área de demencia, consideran necesarias en la planificación de las T.E.C.

Para este informe se eligió “Centros de Días para Adultos Mayores” donde se trabajan con estas estimulaciones como parte del tratamiento de la patología de Alzheimer. La recolección de información de campo de esta investigación fue realizada en la institución “Pilares” perteneciente a la Cuidad de Santa Fe.

Esta institución está constituida por un grupo de profesionales de la salud dedicados a las patologías que aparecen generalmente en el adulto mayor, siendo atendidas durante el día a través de diversas actividades que, si bien la finalidad es terapéutica, para los pacientes pasa a ser parte de sus actividades diarias, de su entretenimiento, pasando desapercibido el objetivo estructurado de las técnicas que estimulan a los concurrentes, todos desde sus variadas necesidades. De esta forma las T.E.C quedan camufladas, concluyendo un servicio orientado a la satisfacción y a la recreación de este grupo de adultos mayores.

Este tratamiento es realizado dentro de la institución que, como Centro de Día adquiere la posibilidad que el concurrente realice su jornada diaria de sólo unas horas, considerando mayor rendimiento de las estimulaciones si las mismas se continúan de manera extrainstitucional.

Para ello los trabajadores de la salud de la institución de Pilares siguen este proceso con una metodología que pueda desarrollarse en el hogar.

De esta manera el paciente ya tiene organizada sus semanas, dentro y fuera del nosocomio.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Esto es lo que llamamos actividades de la vida diaria (AVDs).

Así no sólo se fortalece su salud, sino que además lo hacen manteniendo sus vínculos relacionales, evitando la institucionalización en un nosocomio permanente, dejando que la persona quede marginada de un tratamiento activo en integración con lo social.

De lo contrario, en una institución, como centro de día, los pacientes potencian todo lo adquirido, por el hecho de estar en participación constante, sintiéndose útiles, adquiriendo nuevas habilidades y pudiendo compartirlas ya retirados de la institución a su hogar.

Es por esto que el interés de investigación de campo fue motivado a un centro de día y no a uno permanente.

El estudio de cómo se aplican las T.E.C de este proyecto hace foco en la fase de inicio de la patología de Alzheimer, por ser considerado el momento de mayor lucidez de quién la padece. Esto se debe a que el Alzheimer tiene origen evolutivo, es decir aumenta paulatinamente el deterioro y el adulto mayor va perdiendo poco a poco las habilidades que adquirió durante todos los años de vida.

Es importante dejar en claro que, en el proceso de desarrollo de la patología de Alzheimer las áreas cognitivas afectadas son las que se encargan de percibir, pensar, aprender, recordar, hablar, razonar, emitir juicios, es decir todas aquellas habilidades obtenidas que se requieren para desenvolvernó de manera autónoma en la sociedad, alterando las capacidades mentales superiores y consecuentemente genera más dependencia de su entorno. Sobre estas áreas afectadas es donde las T.E.C van a actuar.

Las T.E.C se utilizan con un objetivo terapéutico con el fin de mantener conectadas y activadas las habilidades mentales que conserva la persona hasta el momento.

Se puede concluir que las T.E.C tienen función de prologar las conexiones neuronales, que están dirigidas a mantener aquello que va perdiendo su forma, aquel recuerdo presente en la memoria que desaparece paulatinamente como si nunca hubiese existido. Con las mismas se procura facilitar actividades vitales y cotidianas al afectado.

La patología de Alzheimer comienza produciendo afección en la memoria reciente, siguiendo su recorrido sobre todas las otras cogniciones adquiridas que se van perdiendo poco a poco sin dejar registro alguno.

Esto puede observarse en un paciente de esta índole, por ejemplo, en su primera fase de desarrollo, cuando tiene olvidos de lo que realizó recientemente y recuerdos presentes de situaciones pasadas.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Así los objetivos de las T.E.C serán ralentizar la progresión del deterioro; mejorar el estado funcional del paciente con demencia; procurar su estabilización durante el mayor tiempo posible; con el fin de evitar complicaciones de los síntomas y problemas de salud prevalentes.

Estas actividades son formuladas desde la producción “interdisciplinaria”, que en la heterogeneidad de los aportes de los profesionales de la salud que trabajan en la institución de Pilares busquen llegar a resultados que generen nuevos conocimientos sobre el uso y organización de las T.E.C.

La planificación particular de cada técnica cognitiva, es adaptada a la singularidad de cada paciente y abordada desde lo grupal. Es decir, los concurrentes que asisten a la institución de Pilares tienen estipulado un programa de estimulaciones orientados en base a sus historias clínicas particulares que son acondicionadas a las actividades en conjunto y compartidas.

En la entrevista de admisión se tiene en cuenta la información que se puede obtener del paciente cuando ingresa a la institución y desde ahí las variables que se toman para activar los programas de incentivos que la institución tiene vigentes en los talleres diarios.

Las T.E.C procuran producir mejoría en la relación del paciente con su familia, ya que éstos se enfrentarán a vicisitudes, donde tendrán que habituarse al proceso que conlleva la patología del Alzheimer con asunción de nuevos roles en sus vidas aprendiendo a convivir con las circunstancias inherentes.

Cuando la familia conoce el diagnóstico de patología de Alzheimer de su allegado, es por lo general una situación de desconcierto, preocupación, desorientación respecto a la ausencia de conocimiento de la misma en el presente y los pasos a seguir para un futuro. Estas circunstancias pueden abarcar confusión en el entorno familiar, en cuestiones implicadas con los tipos de tratamientos a seguir, los distintos roles familiares que se pueden asumir para mayor eficacia al tratamiento, entre otras preguntas que aparecen propias de un momento no esperado.

Si bien es una patología en los últimos tiempos muy nombrada, pensarlo y vivirlo en el círculo familiar requiere de otro tipo de información, comportamientos, cambios de hábitos, roles.

Por la dependencia progresiva del paciente, se requiere de la participación activa de la familia. Para esto es necesario que la misma realice consultas a profesionales especializados sobre los posibles tratamientos, funcionamientos y como esta va a ir afectando al adulto mayor.

El abordaje que utiliza el especialista se conoce como psico – educación, donde el profesional explica y diagrama el proceso de la patología. La psico- educación sirve de herramienta al círculo relacional porque posibilita el empatizar con el paciente, baja los niveles de ansiedad que la familia puede presentar, brinda conocimientos del transcurso que conlleva la patología de Alzheimer, necesarios para el accionar correcto en momentos en los que se demande.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Este doble abordaje (paciente-familia), realizado con ayuda profesional externa, ante dichas situaciones, tiene también como fin conservar la salud mental del sistema. Pudiendo lograr que los más allegados puedan posicionarse desde la concientización, generando disminución de estrés y adquisición de tolerancia.

En el caso de no acceder a un apoyo profesional, la persona que se encuentra a cargo de la atención y cuidado del paciente con esta patología puede quedar afectado, ya que la demencia de tipo Alzheimer tiene un impacto físico, emocional, psicológico y económico, siendo propensos a experimentar estrés u otras dolencias psicológicas significativas pudiendo transitar depresión clínicamente diagnosticable.

Respecto a los motivos que despertaron interés sobre el Objeto de Estudio especificado tienen nexo con vicisitudes personales y cercanas a la patología de Alzheimer, generando inclinación sobre el saber de las diversas intervenciones que pueden accionar profesionales de la Salud desde las T.E.C, particularmente desde la disciplina del psicólogo, como una alternativa más en la vida del paciente y de su círculo familiar, manteniéndolo integrado e incluido en las actividades cotidianas, contrariamente a cuando se elige un nosocomio aislado de su vínculo relacional y sin tratamiento específico.

Por otra parte, la motivación marcada en el párrafo anterior tiene conexión directa con el haber presenciado y cursado las cátedras de "Psicología de Desarrollo III" y "Neurobiología" pertenecientes al Programa de Estudio de la Carrera de Lic. En Psicología que permitió entrar en profundidad con la temática desde el posicionamiento terapéutico no farmacológico.

Preguntas de Investigación.

- T.E.C:
 - ¿Qué características tienen las T.E.C?
 - ¿Cuáles son los beneficios que se obtienen de las T.E.C aplicados en pacientes con Alzheimer?
 - ¿Qué información se requiere para poder adaptarlas al paciente con patología de Alzheimer?
- Influencia sobre la Psico- Educación en familiares de los pacientes:
 - ¿Qué importancia tiene para las familias, que los trabajadores de salud de la institución de Pílares les aporten Psico-Educación respecto de las T.E.C que son utilizadas en los pacientes con patología de Alzheimer?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Objetivos de la investigación.

Objetivo general.

- Conocer y describir las T.E.C aplicadas por Trabajadores de La Salud en pacientes Diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial pertenecientes a la Institución de Pilares de La Ciudad de Santa Fe.

Objetivos específicos.

- Identificar las estrategias de intervención que se utilizan en las T.E.C aplicadas en pacientes con patología de Alzheimer en la Institución de Pilares de la Ciudad de Santa Fe.
- Indagar las variables que intervienen en las T.E.C que se utilizan para los pacientes con diagnóstico de Alzheimer en la primera fase, pertenecientes de la institución de Pilares de la Ciudad de Santa Fe.

Hipótesis o supuestos.

- Las T.E.C aplicadas a pacientes con patología de Alzheimer se van formulando dependiendo de las habilidades intelectuales que se conservan y las que se encuentran afectadas en la singularidad de cada uno.
- Las T.E.C favorecen el enlentecimiento de la Patología de Alzheimer generando una mejor calidad de vida en el paciente.
- El círculo familiar del paciente con Alzheimer se verá cada vez más involucrado a los efectos nosológicos de la patología.
- La autonomía funcional del paciente con Alzheimer se reduce de forma significativa consecuente del deterioro en la memoria y cogniciones degenerativas.
- La función de las T.E.C radica en estabilizar todo lo que refiere a habilidades cognitivas tales como la atención, concentración, lenguaje, a partir del empleo de diferentes métodos y lo estratégico.
- El aportar psico-educación sobre la evolución de la patología de Alzheimer del adulto mayor a familiares es necesario para comprender y empatizar sobre el proceso que se encuentra transitando.

Capítulo 2

Estado del Arte

En este apartado, se expondrá la revisión de cinco trabajos relacionados con la temática de la presente investigación y los ejes temáticos son: T.E.C; Demencias; Demencia de Tipo Alzheimer; Familia.

Es importante investigar sobre las T.E.C para pacientes con Alzheimer, por un lado, porque esta patología en calidad de demencia se caracteriza por ser progresiva y más allá de la ausencia de una cura, al día de hoy no presenta una solución estática, única, sino de lo contrario existen maneras y formas de ralentización permitiendo la producción de mejorar calidades de vida tanto del adulto mayor como de su familia, es decir se siguen planteando interrogantes para la obtención de soluciones más viables.

Por otro lado, es fundamental la investigación sobre las T.E.C en la primera fase de desarrollo de la patología de Alzheimer donde este estudio hace foco, porque es el momento en que le paciente presenta mayor conservación de las habilidades cognitivas, con el fin de ralentizar el proceso de evolución. Es decir, es el período donde los profesionales de la salud pueden identificar con mejor claridad que metodologías son convenientes para la singularidad de cada uno. En los demás estadios también es posible, sólo que aparecen otros inconvenientes propios del avance de la patología.

A continuación, se explicita una síntesis relativa de los antecedentes más significativos, que a través de sus aportes contribuyeron a definir el problema de estudio que la persigue.

1. “Exploración bibliográfica sobre la eficacia de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia”¹.

Es una Tesis doctoral, presentada por Enith Belén Godoy Poveda perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Discapacidad, Atención Pre hospitalaria y Desastres, de La Universidad Central del Ecuador de la Carrera de Terapia Ocupacional.

Tiene como objetivo general “describir la eficacia de un programa de estimulación cognitiva, mediante una búsqueda bibliográfica, para identificar el alcance en la vida diaria del adulto mayor con demencia”.

¹ (Godoy Poveda, 2022).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

La importancia de la presente investigación radica en los efectos, tanto positivos como negativos, que se obtienen tras la implementación de un programa encaminado a estimular las funciones cognitivas en adultos mayores con demencia e incluso desde fases anteriores, como lo es, el deterioro cognitivo, puesto que, el envejecimiento es una etapa que trae consigo una variedad de cambios, los mismos que van desde aspectos fisiológicos como psicológicos, donde se destaca principalmente la disminución de las funciones cognitivas, las cuales posibilitan la realización de las tareas cotidianas.

Para la realización de esta investigación, se recopiló la información mediante la utilización de diversos gestores bibliográficos, como lo son: Google Scholar, Cochrane, Scielo, y repositorios.

Como resultado la investigación posibilitó evidenciar el hallazgo y selección de 13 estudios, donde se mencionan la aplicación de programas y talleres referentes a la estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia y sus diferentes tipos, junto con los efectos, impacto, y beneficios que se consiguen tras su implementación, de igual manera, incluyen las funciones cognitivas que se han visto favorecidas.

Los efectos resultantes de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia son favorecedores para mejorar el funcionamiento de las capacidades cognitivas que se encuentran alteradas o disminuidas por el proceso propio de la enfermedad. Son varios los grupos cognitivos donde existe gran efectividad, donde se incluye, el lenguaje, capacidad visuoespacial, memoria, atención, resolución de problemas, juicio, funciones ejecutivas, pensamiento y praxias.

En base a la información conseguida se evidenció enlentecimiento en el deterioro cognitivo como parte del avance de la demencia, logrando que los individuos alcancen un mayor grado de funcionalidad en la realización de las actividades cotidianas, traduciéndose en la adquisición de una mejor calidad de vida, por lo que, la autonomía e independencia todavía se conservan.

Para que un programa de estimulación cognitiva obtenga efectos positivos máximos, su implementación y desarrollo deben actuar bajo un periodo de tiempo considerable, por lo tanto, no basta con ejecutarlo en un corto tiempo ni tampoco limitar la frecuencia de días empleados, similarmente, dicha intervención varía de acuerdo al estadio o fase en el que se encuentre el paciente, no obstante, la eficacia será mayor si la estimulación cognitiva forma parte del tratamiento no farmacológico con celeridad.

Existen varias formas de llevar a cabo un programa de estimulación cognitiva, desde técnicas y actividades de conformación individual, donde se estimula distintas funciones cognitivas a la vez, hasta la realización de los propios talleres dirigidos hacia una capacidad cognitiva en particular, no obstante, todos se congregan en una característica esencial, la de mantener en mayor medida las habilidades

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

intelectuales, fundamentándose en el nivel de deterioro cognitivo y de capacidad, a la vez, del tipo de demencia en curso.

2. “La demencia y una perspectiva multidimensional desde el lugar del psicólogo”².

Es una Tesis Doctoral presentada por Natalia Monzón Badano perteneciente a la Facultad de psicología de la Universidad de la República de Montevideo de la Carrera de Psicología.

Las categorías teóricas que se utilizaron fueron envejecimiento, vejez y demencia.

En esta investigación se tratan algunos elementos de la demencia, considerando tanto a la persona a la que se le diagnostica la enfermedad, como a él/los cuidador/es y familiar/es. Además, abordará la mirada de la Psicología en la evaluación del diagnóstico, y el apoyo que ésta disciplina brinda ante estas situaciones clínicas, considerando la pertinencia de trabajar desde una mirada integradora.

Respecto a las reflexiones que se obtuvieron en esta investigación se destacó el concepto de vejez por Anna Freixas, ya que el mismo, forma parte de un atravesamiento de la temática central que es la enfermedad de Alzheimer. La demencia y el envejecimiento implican la idea de que no todas las personas envejecen de la misma forma.

Otra reflexión fue tomada de Leopoldo Salvarezza que habla del lugar del profesional en la etapa de la vejez, ya que es el momento que más necesita el apoyo de los profesionales y de su entorno más próximo. Este autor hace hincapié en los prejuicios que sufren los adultos mayores en esta etapa, por ejemplo, el que todos los viejos son personas enfermas, lo cual no es así.

Otro concepto importante para destacar es el concepto de demencia introducido por la OMS, el cual destaca que la demencia es un síndrome crónico y progresivo, en el cual se ven deterioradas las funciones cognitivas, que difiere del envejecimiento normal del individuo, donde se ven comprometidas, la memoria, la comprensión, el pensamiento, la capacidad de aprendizaje, entre otras funciones. La pérdida de las funciones cognitivas, la mayoría de las veces va acompañado por un deterioro del control emocional, la motivación y el comportamiento social.

Y uno de los capítulos destacados de este trabajo, fue el lugar que ocupa el familiar como cuidador de la persona con demencia. El cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer es una persona crucial para realizar los cuidados requeridos, pero este debe hacer “magia” con el tiempo para que le alcancen las horas del día para complacer y atender a su familiar de la mejor manera posible. En algunos casos la enfermedad de Alzheimer genera una dependencia constante con su/s familiar/es, lo

² (Badano, 2014).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

cual impide que los mismos mantengan la independencia que antes tenía, por ejemplo, dejar de lado algunas actividades que realizaba, dejar de frecuentar sus amistades entre otras cosas. Muchas veces la persona que sufre la enfermedad puede repetir ocasionalmente la historia del pasado, hábitos y costumbres que antes realizaba, y contar historias que forman parte de su imaginación.

El psicólogo en este ámbito, interviene para ayudar a mitigar el impacto emocional del diagnóstico de la enfermedad, la evaluación y los diferentes imprevistos que van a ir apareciendo paulatinamente. El mismo también, va a fortalecer la tolerancia y la paciencia, ya que es un requisito imprescindible para la persona que ocupa el lugar de cuidador principal, el profesional también va a intentar fortalecer el vínculo y el amor, la serenidad, y el sentido de motivación para mantenerse en el lugar de cuidador. También va a trabajar el significado de cuidar, lo que implica cuidar a un otro, desde reorganizar el contexto, compartir otros roles dentro de la familia, reajustar los hábitos constantes, adoptar un lugar reflexivo desde la realidad que presenta el ser querido.

El profesional, no solamente apoya al cuidador en el ámbito emocional, sino también en el adiestramiento de la ejecución de cualquier actividad, y los diferentes roles y responsabilidades dentro de la dinámica familiar que le compete. Ninguna persona está preparada para la demanda que conlleva el proceso de esta enfermedad, por esto es imprescindible el abordaje multidisciplinario de los distintos profesionales, tanto para la familia, como para la persona que está empezando a tener algunas características de esta enfermedad. El mismo informará sobre pronóstico, medidas profilácticas a adoptar en diferentes fases de la enfermedad, dando pautas de actuación ante las alteraciones conductuales, emocionales, y de estimulación cognitiva.

Respecto a las terapias farmacológicas no está comprobado que tengan un aporte positivo en el tratamiento de las demencias degenerativas, aunque hoy en día este tratamiento predomine en la mayoría de las personas con demencia, es sabido que la efectividad de los fármacos es limitada. Por eso los tratamientos no farmacológicos han aportado en gran medida efectos positivos en la persona que los utilizan, muchas veces muestran una gran mejoría en la calidad de vida de las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y también en sus cuidadores.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

3. “Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve”³.

Es una Tesis Doctoral representada por Sara Doménech Pou perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona de la Carrera de Psicología Evolutiva y de la Educación.

Las categorías teóricas que se utilizaron son Demencia de Tipo Alzheimer; Memoria; Psico-estimulación cognitiva.

Tiene como objetivo general evaluar un programa de entrenamiento estructurado de la memoria llamado "Taller de memoria", aplicado a enfermos de Alzheimer (criterios diagnósticos definidos en DSM-IV, 1997 y NINCDS-ADRDA, 1984) con un grado de deterioro leve (equivalente a un GDS 4 en la escala de Deterioro Global de Reisberg, Global Deterioration Scale, 1982).

Es una investigación de tipo cualitativa, que se realizó con el fin de conseguir como objetivos un seguimiento a lo largo de un año de los 24 sujetos de la muestra (12 experimentales y 12 controles) realizando cinco evaluaciones trimestrales a lo largo del estudio. El momento de incorporación en el estudio no fue el mismo para todos los sujetos. Los 12 sujetos experimentales, sometidos al programa de memoria, fueron incorporados incidentalmente, en distintos grupos de Taller de Memoria formados por seis participantes. Se realizó un protocolo de recogida de datos (demográficos y clínicos) para cada sujeto.

Como resultado se obtuvo que el programa de entrenamiento estructurado de memoria (TM), resulta efectivo en el rendimiento cognitivo global de los enfermos con enfermedad de Alzheimer leve, equivalente a la escala de deterioro global 4 de Reisberg, mejorando sus funciones cognitivas generales de manera gradual a lo largo del año de intervención. Dentro de las funciones cognitivas generales, el programa resultó efectivo en el mantenimiento de la orientación temporal. La creación de una rutina en la asistencia de los enfermos al Taller de Memoria en dos días alternos y la inclusión en nuestro programa de técnicas propias de las Terapias de Orientación a la Realidad al inicio de todas las sesiones de entrenamiento cognitivo, favoreció la orientación.

³ (Pou, 2004).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

4. - “Revisión exhaustiva sobre la estimulación cognitiva en ancianos con demencia de tipo Alzheimer”⁴

Es un TFG FINAL de Amorós Fernández, María Belén de la Universidad de Miguel Hernández para la carrera de Terapia Ocupacional.

Tiene como objetivo general determinar los beneficios que aporta realizar programas de estimulación cognitiva para personas con Enfermedad de Alzheimer.

Las categorías teóricas utilizadas fueron: Estimulación Cognitiva; Programas; Adulto Mayor; Demencia; Alzheimer.

El método de investigación ha sido una búsqueda cualitativa, la unidad de estudio estuvo construida por: la relación entre un artículo y la hipótesis planteada; los sujetos de estudio sean adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer; los artículos hayan sido publicados en un período de tiempo comprendido entre el año 2000-2017.

Una de las conclusiones obtenidas fue que el objetivo de determinar los beneficios que aporta la realización de programas de estimulación cognitiva de personas con Enfermedad de Alzheimer, se ve cumplido tras analizar los artículos y comprobar que la estimulación cognitiva produce mejoría, mantenimiento o ralentización del estado cognitivo, además de en otros ámbitos como la conducta, el estado de ánimo.

5. - “Las terapias de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzhéimer”⁵.

Es un trabajo final de grado presentado por Eva Ostáriz Roca de la Universidad de Leida de la carrera de Enfermería.

Los objetivos de este trabajo se basan en conocer cuáles son las terapias no farmacológicas que se aplican a nivel bibliográfico en pacientes con Alzhéimer institucionalizados y qué beneficios les aportan, así como conocer cuáles son las terapias que se aplican en las residencias de nuestro medio.

Se utilizaron como categorías teóricas: Enfermedad de Alzhéimer, Terapia de Estimulación Cognitiva, Residencia.

⁴ (Belén., 2017).

⁵ (Roca, 2016).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

La metodología es de tipo cualitativo donde se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PUBMED y CINAHL Plus, mediante las palabras clave y las estrategias de búsqueda establecidas. Para cumplir con el segundo objetivo se ha entrevistado, a través de un cuestionario preparado, a los profesionales de dos residencias de la provincia de Lleida.

Como conclusión tanto la evidencia como la práctica mostraron que estas terapias traen numerosos beneficios para los pacientes que las reciben, por lo que surge la necesidad de promover su implantación. Además, se ha observado que no existen estudios acerca de qué terapia de estimulación cognitiva resulta más efectiva para este tipo de pacientes, por lo que podría ser una futura línea de investigación.

Marco teórico

Dado que la mirada central de esta investigación estará puesta en el estudio de las T.E.C aplicadas en pacientes con patología de Alzheimer en su primera fase de evolución, realizadas por trabajadores de la salud en conjunto con el círculo familiar, será necesario plantear algunos parámetros, que sirvan de ejes conceptuales sobre los que apoyar la lectura interpretativa.

Como ejes conceptuales fundamentales para este trabajo se consideran: T.E.C; Demencia, Patología de Alzheimer; Familia.

1- Técnicas de Estimulación Cognitiva (T.E.C).

Conceptualización del funcionamiento de las T.E.C

“Son un conjunto de técnicas y estrategias que tienen como objetivo la mejora del rendimiento y eficacia en el funcionamiento de capacidades cognitivas como la memoria, la atención o la percepción, entre otras”⁶

De esta manera las mismas promueven mejoría y potenciación sobre las habilidades intelectuales como la concentración, atención, percepción, lenguaje, funciones ejecutivas prácticas como por ejemplo la resolución de problemas, organizaciones, razonamiento.

⁶ (Minguez, 2018).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Las T.E.C actúan sobre las conexiones mentales que se conservan por el momento, gracias a los mecanismos innatos de neuroplasticidad cerebral inherentes al funcionamiento normal del organismo.

“La neuroplasticidad es un proceso que representa la capacidad del sistema nervioso de cambiar su reactividad como resultado de activaciones sucesivas. Tal reactividad permite que el tejido nervioso pueda experimentar cambios adaptativos o reorganizacionales en un estado fisiológico con o sin alteración”⁷.

La neuroplasticidad promueve resultados más eficaces a edades más tempranas.

Es importante destacar que las T.E.C deben planificarse dependiendo cada paciente en particular y la finalidad de su utilización. Las mismas pueden ponerse en práctica para producir un entrenamiento cognitivo o para ponerlas en acción en base a un deterioro cognitivo. Es por esto que para planificar las tareas indicadas a nivel cognitivo y motivacional apropiadas a cada individuo se requiere tener en cuenta por los profesionales de este campo una evaluación y valoración de las áreas cognitivas por medio pruebas avaladas científicamente.

Para poner en práctica estas estrategias es imprescindible trabajar sobre las capacidades que aún conserva la persona y no las que ya se han perdido, de esta manera se evita generar frustración. Así también como la eficacia de su funcionamiento en general, es decir se contribuye a una mejora global de la conducta y estado de ánimo generando como resultado una mejora de la autoeficacia y autoestima.

Cabe destacar que el objetivo de las T.E.C es reforzar o mantener el funcionamiento cerebral y retrasar el deterioro cognitivo, dependiendo la finalidad con la que se utilicen.

¿En qué situación son utilizadas?

Las T.E.C se adaptan de acuerdo a las necesidades u objetivos y el tipo de paciente, donde por ejemplo pueden aplicarse a personas que no presentan un deterioro cognitivo asociado a una patología.

“hay que adaptarlas siempre, a cada caso particular, cualquier intervención relacionada con la salud y bienestar mental, así como las técnicas y programas de estimulación cognitiva. Si las técnicas y programas no se adaptan a las capacidades funcionales de cada cerebro, hay riesgo de que o no funcionen o tengan un impacto subóptimo sobre el usuario o paciente”⁸

⁷ (GARCÉS-VIEIRA & SUÁREZ-ESCUADERO., 2014).

⁸ (Minguez, 2018).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

En este sentido el objetivo de la estimulación cognitiva (entrenamiento cognitivo) va dirigido a lograr la mejora y funcionamiento óptimo de capacidades mentales, importantes para el día a día de los individuos.

En esta línea se trata de retrasar en lo posible la aparición de los primeros síntomas de deterioro, ayudando a mejorar el bienestar y calidad de vida.

La consecución puede favorecer en que se alcancen objetivos más específicos, obteniendo bienestar; autonomía personal, autoestima, auto-eficacia así como adquisición de habilidades necesarias para afrontar satisfactoriamente situaciones de estrés y desequilibrio emocional.

Las T.E.C también se pueden utilizar para el detrimento neuronal, siendo el objetivo principal, la rehabilitación intelectual para el restablecimiento de las funciones alteradas. De este modo, se procura la ralentización para alargar la autonomía funcional durante más tiempo.

Este caso tiene relación con lo que se menciona como la rehabilitación cognitiva:

“engloba aquellas actividades de estimulación que tienen como objetivo recuperar la capacidad cognitiva, siempre actuando sobre aquellas capacidades y habilidades que se encuentran deterioradas debido usualmente a una enfermedad o patología mental. Así, el ejemplo de usuario sería una persona con deterioro cognitivo leve y principio de algún tipo de demencia”⁹.

Esta cita propone la idea de trabajar con T.E.C que sirven para rehabilitar lo que se encuentra afectado por una patología de demencia. Pero es importante destacar que las T.E.C en casos de deterioros intelectuales no sólo rehabilitan, sino que además trabajan sobre las habilidades que no se encuentran deterioradas para prolongar su funcionamiento el mayor tiempo posible y ralentizar el deterioro cognitivo, que es donde pone foco esta investigación.

Es correcto señalar que el paciente debe recibir estimulaciones cognitivas en todo el transcurso de la misma, más allá del grado de deterioro cognitivo que presente, adaptándolas de acuerdo a las necesidades que vayan surgiendo consecuente de su nivel de avance continuo.

Las estimulaciones cognitivas sirven de tratamiento terapéutico, por ejemplo, en los casos de demencias de tipo Alzheimer donde el objetivo está dirigido a mantener un funcionamiento mental activo.

Tanto para el entrenamiento cognitivo y la rehabilitación cognitiva se considera la neuroplasticidad cerebral como la base biológica de las mejoras.

⁹ (Montanelli., 2019)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Las estimulaciones realizadas a las personas con patología de Alzheimer son en los niveles: cognitivo, conductual y funcional.

Cognitivo: se pretende estimular la memoria y las capacidades cognitivas relacionadas con la misma, a partir de las capacidades residuales de aprendizaje de los afectados, con técnicas de compensación sobre la memoria.

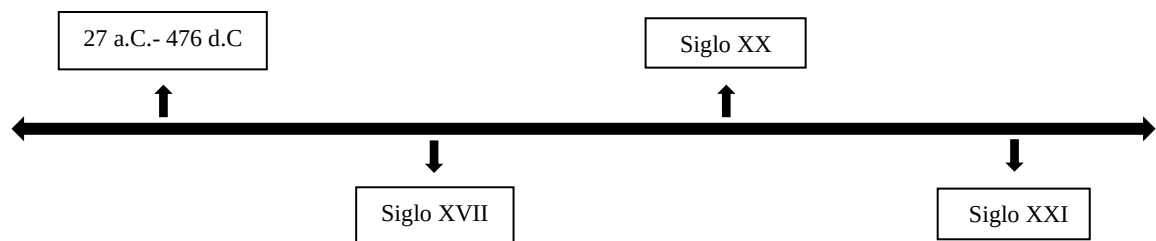
Conductual: se tiene en cuenta que otra de las alteraciones que desarrolla la persona con patología de Alzheimer, son los cambios en el comportamiento y en la personalidad, puesto que se muestran irritables y con cambios de humor frecuentes, pudiéndose incluso aislarse de su entorno, la estimulación de la memoria realizada en grupos reducidos, pretende permitir el ajuste emocional de estos enfermos, funcionando como grupo de soporte y autoayuda, existiendo una interacción social entre los participantes del grupo.

Funcional: se pretende un mantenimiento de las actividades cotidianas.

2- Demencia.

- **Recorrido histórico**

La demencia es un término que con el paso del tiempo presentó distintas modificaciones.



➤ El término Demencia tuvo su inicio en el Imperio Romano (27 a.C. - 476 d.C), definido como “*locura, fuera de la mente de uno*”¹⁰.

“*En esa época, cualquier tipo de trastorno intelectual o de la conducta era denominado demencia*”¹¹

Durante siglos el término demencia se utilizó de una manera distinta a la que es considerada actualmente.

➤ A partir del siglo XVII, el concepto de demencia realiza modificaciones:

¹⁰ (De la Vega, La demencia en la historia (en línea). Circunvalación del Hipocampo., 2012).

¹¹ (De la Vega, La demencia en la Historia., junio, 2012).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

“la descripción de la semiología de los trastornos cognitivos se hizo más precisa, se separaron los trastornos congénitos de los retardos mentales y de los trastornos cognitivos adquiridos, se distinguieron los trastornos cognitivos de otras enfermedades mentales y se reconoció que el deterioro cognitivo se explica por un disfuncionamiento del sistema nervioso central”¹².

➤ En el primer cuarto del siglo XX la demencia senil se dividió en distintos tipos, siendo un término que puede describir síntomas de un grupo de ellas:

“enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Sin embargo, no había un interés evidente por estas enfermedades, especialmente en la literatura anglosajona, y no es hasta los años 50 cuando comienza en el mundo occidental un desarrollo importante del estudio de las demencias”¹³

Finalizando la década de los cincuenta y durante los sesenta, en la escuela inglesa de psiquiatría, las investigaciones sobre la Demencia fueron cada vez más específicas, se realizaron estudios epidemiológicos, clínicos, neuropatológicos y neuro-histológicos en pacientes diagnosticados clínicamente de “demencia senil”, donde los resultados mostraron que:

“El 70% de los pacientes presentaban como único hallazgo neuropatológico las placas seniles y ovillos neurofibrilares descritos por Alzheimer y, por otra parte, no había diferencia en el grado de arteroesclerosis cerebrovascular entre pacientes con demencia y ancianos sin deterioro cognoscitivo. Únicamente en el 15% de los pacientes pudo atribuirse éste a la presencia de tejido cerebral infartado”¹⁴.

➤ Al día de hoy (Siglo XXI), los estudios sobre demencia siguen actualizándose, ya que no se considera un solo factor determinante. Existen, además distintas categorías de esta patología, cada una con su especificidad, pero compartiendo en común afecciones que tienen que ver con el pensamiento, comunicación, memoria, comportamiento social, y funcionamiento físico.

- Definición de Demencia actual

La demencia actualmente se define como:

“Un término general para varias enfermedades que generalmente son de naturaleza crónica y progresiva, que resultan en deterioros cognitivos e interfieren con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria”¹⁵.

¹² (Custodio, Montesinos, & Alarcón, dic. 2018).

¹³ (De la Vega, La demencia en la Historia., junio, 2012)

¹⁴ (Gómez-Jarabo., 28 Noviembre 2012.)

¹⁵ (Salud), 2015.)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

“Bajo esta denominación se entiende un deterioro global, progresivo e irreductible de las funciones intelectuales, debiendo evidenciar un trastorno tal que impida al sujeto cumplir con sus actividades cotidianas”¹⁶.

Estos síntomas asociados con el deterioro de las funciones intelectuales abarcan a la afección de la memoria y otras habilidades del pensamiento como la comunicación, el lenguaje, capacidad de concentrarse y prestar atención; Razonamiento y juicio; Percepción visual que llegan a reducir la capacidad de una persona de realizar sus actividades diarias.

Esto va a depender del tipo de demencia que presente la persona.

- **Los tipos de demencias más comunes son:**

- Enfermedad de Alzheimer: es la más común de las demencias.

“Los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen placas y ovillos en el cerebro. Las placas son grupos de una proteína llamada beta amiloide, y los ovillos son ovillos fibrosos compuestos de proteína tau. Se cree que estos grupos dañan las neuronas sanas y las fibras que las conectan”¹⁷.

- Demencia vascular:

“La demencia vascular es causada por una serie de pequeños accidentes cerebrovasculares con el paso del tiempo”¹⁸.

- La demencia con cuerpos de Lewy:

“Es el segundo tipo más común de demencia progresiva después de la demencia por la enfermedad de Alzheimer. Los depósitos de proteínas, llamados cuerpos de Lewy, se desarrollan en las células nerviosas de las regiones cerebrales implicadas en el pensamiento, la memoria y el movimiento (control motor)”¹⁹.

- La demencia frontotemporal:

“Estas demencias afectan más a la personalidad, el comportamiento y el lenguaje, y menos a la memoria de lo que lo hace la enfermedad de Alzheimer. Los afectados por demencia frontotemporal también tienen dificultades con el pensamiento abstracto, para prestar atención y para recordar lo que se les ha dicho. Tienen dificultades para desarrollar ideas o realizar las acciones de una tarea en el orden correcto (secuenciación). Se distraen fácilmente. Sin embargo, en general son conscientes de la hora, la fecha y el lugar, y son capaces de realizar sus tareas cotidianas.”²⁰.

- Demencias mixtas:

¹⁶ (Iacub & Sabatini, 2015.)

¹⁷ (Jonathan & Angela M. Lunde, 1998-2023).

¹⁸ (Flatley & Brennan, 1997/2023).

¹⁹ (Jonathan & Lunde., 2019).

²⁰ (Juebin Huang, 2023).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

“Los estudios de la autopsia del cerebro de personas de 80 años o más que tenían demencia indican que muchos tenían una combinación de varias causas, como la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy. Se están realizando estudios para determinar la forma en que el hecho de tener demencia mixta afecta los síntomas y los tratamientos”²¹.

- **Demencia vs Proceso de envejecimiento**

Aunque a menudo uno de los primeros síntomas de demencia es la pérdida de memoria, no significa que el diagnóstico sea de demencia.

La aparición de la demencia es muy común en el grupo poblacional del adulto mayor, sin embargo, como tal, no forma parte del proceso de envejecimiento.

“la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años”²².

El proceso de envejecimiento está relacionado con el transcurso del ciclo vital que los individuos transitamos en los estadios de la niñez, de la adolescencia, de la juventud, de la edad adulta y de la vejez, lo que implica el ir completando y superando este conjunto de etapas.

Se alude de esta manera al proceso de envejecimiento acompañado de lo circunstancial, es decir, de las experiencias moldeadoras de los ambientes internos y externos de lo que el ser vivo va a pasando durante su vida; interaccionando con lo genético y la respuesta del ser humano ante las mismas, ya que un individuo es distinto al otro, por ende, sus ciclos vitales mantienen distinciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto general de proceso de envejecimiento como:

“El proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”²³.

Estas conceptualizaciones sobre el Proceso de Envejecimiento fueron teniendo lugar con el avance y los cambios producidos de la modernidad a la posmodernidad, donde el proceso de envejecimiento deja de ser lo patológico frente a lo no patológico, existiendo incidencia de otros factores que lo van a determinar en cada individuo.

²¹ (Jonathan & Angela M. Lunde, 1998-2023).

²² (Pinedo., 2016)

²³ (García., 2014).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

La modernidad queda desestructurada por la posmodernidad, creando nuevos modelos de multiplicidad de identidades culturales que se refleja en el plano de las edades en la pluralidad. Por ejemplo:

“Nuestra sociedad por un lado se etariza, es decir se ordena según edades, pero por el otro se relativiza lo que antes eran los roles sociales ligados a la noción de edad. De esta manera se inserta al viejo de un modo peculiar dentro del dispositivo social separándolo en grupos de pares, pero asociándolo a una vejez sin edad, es decir sin marcos rígidos que presupongan imágenes estereotipadas acerca de las conductas del viejo”²⁴.

Cuando se hace referencia a “ser viejo”

“ser viejo significa haber envejecido o haber vivido más que otras personas, comparativamente hablando. Sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se refiera”²⁵.

Para esto se tuvo presente la consideración de la Psicología del Ciclo Vital que:

“Coherente con una visión integral del curso del ciclo vital esta psicología enfatiza la irrelevancia de la edad, los cambios permanentes, la multidimensionalidad, y la plasticidad, también como la importancia del contexto y la historia. Se refiere al proceso de envejecimiento, a la adultez, a la vejez y la muerte en el marco del ciclo vital”²⁶.

La psicología del ciclo vital hace foco en el envejecimiento acordes con el punto de vista de la psicología positiva y evolutiva, sin proposiciones fijas, cristalizando un conjunto de ideas. De este modo rechaza la visión tradicional del desarrollo que se basa en la postura de un crecimiento evolutivo inspirado en la biología, señalando con esto posturas organicistas tradicionales que fomentan la universalidad en el desarrollo de los seres humanos.

Hay diferentes conceptualizaciones de los “procesos de envejecimiento” establecidos por la OMS.

- Punto de vista biológico:

“El envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa”²⁷.

²⁴ (Iacub L. R., 1991)

²⁵ (Ruiz & Valdivieso., Psicología del Ciclo Vital: Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana., 2002).

²⁶ (Ruiz & Valdivieso., 2002).

²⁷ (O.M.S, 2021)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

- Visión de un envejecimiento saludable:

“es definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades”²⁸.

- Consideración de un envejecimiento activo:

“Envejecimiento activo de la OMS (2002) hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga”²⁹.

- Definición de la de década de envejecimiento saludable (2021-2030) de las Naciones Unidas:

“Tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo”³⁰”

Con esto se busca marcar diferencias entre lo que es deterioro cognitivo por causa de una patología como la demencia y declive de las funciones cognitivas acompañadas del proceso de envejecimiento.

Así a modo de ejemplo se puede realizar una diferencia:

Declive de las funciones cognitivas propias del Proceso de Envejecimiento	Deterioro cognitivo causado por Demencia
Tomar una mala decisión de vez en cuando.	Realizar juicios equivocados o tomar decisiones incorrectas la mayor parte del tiempo.
Olvidarse de hacer un pago mensual.	Tener problemas para abonar las facturas mensualmente.
No recordar que día es y recordarlo más tarde.	Perder la pista de la fecha o época del año.
A veces no saber que palabra utilizar.	Presentar dificultad para mantener una conversación.
Perder objetos cada tanto.	Perder objetos a menudo y no encontrarlos.

²⁸ (García., 2014).

²⁹ (García., 2014).

³⁰ (O.M.S, 2021).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Es importante, en casos de personas con algún tipo de demencias planificar “Actividades de la Vida Diaria” (AVDs), porque funcionan como parte del tratamiento de las T.E.C, influyendo en el trabajo continuo de las habilidades conductuales conservadas, permitiendo de esta manera que el paciente mantenga activas las acciones cotidianas que tienen valor, significado y propósito concreto para su vida.

Las mismas son esenciales en estos casos para la producción y organización de ocupaciones del paciente, para las estimulaciones neuronales constantes, buscando que mantenga cierto orden de sus actividades diarias, a modo de guía, incluyendo y formando parte de la rutina de tratamiento, retrasando la patología, prolongando su vida e independencia, al menos en las primeras fases.

“En las actividades de la vida diaria (AVDs) las ocupaciones son centrales en la identidad y capacidades de una persona e influyen en el modo en el que uno emplea el tiempo y toma decisiones”³¹.

3- Demencia de Tipo Alzheimer.

- **¿Qué es el Alzheimer?**

La patología de Alzheimer es el tipo más común de demencia, pero no es el único, entre los que encontramos:

- Demencia con cuerpos de Lewy
- Demencia frontotemporal
- Demencia vascular
- Encefalopatía TDP-43 relacionada con la edad de predominio límbico
- Encefalopatía traumática crónica
- Demencia de la enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- Enfermedad de Huntington
- Demencia mixta

Las mismas, son diferentes tipos de Demencias, que comparten características en común, como la pérdida de las funciones mentales que incluyen la memoria, habilidades del lenguaje,

³¹ (Tirapu, Arango, Martínez-Horta, & Fernández., 2017).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

percepción visual, solución de problemas, pero cada una presenta una serie de síntomas que las determinan.

“La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad específica del cerebro. Se caracteriza por causar síntomas de demencia que empeoran progresivamente con el tiempo. La enfermedad de Alzheimer primero afecta a la parte del cerebro asociada con el aprendizaje, por lo que los primeros síntomas suelen incluir cambios en la memoria, en el pensamiento y en la capacidad de razonamiento”³².

La patología de Alzheimer presenta afección directa al cerebro, con inicio en la zona hipocampal (lóbulo temporal) en su comienzo, y luego más difusamente, lo que le da el carácter de progresivo y degenerativo.

“El hipocampo, pues, es una de las áreas del cerebro donde empiezan los primeros daños que causa la enfermedad de Alzheimer. Su funcionamiento es vital para la formación de nuevas memorias y para el proceso de aprendizaje”³³.

La patología de Alzheimer al tener origen en el área del hipocampo hace que la memoria reciente empiece a comprometerse, es por esta razón que, en las fases iniciales de la enfermedad, las personas afectadas suelen presentar dificultades para recordar cosas que han sucedido recientemente o para retener nueva información, mientras que otros recuerdos del pasado se encuentran muy conservados.

Estos síntomas de sensación de pérdida de memoria son muy frecuentes en la población sana, es por esto que hay que diferenciarlos de lo que tienen causa nosológica.

Además, hay que aclarar que muchas veces el paciente no es consciente de lo que le está ocurriendo, sabe que algo pasa, pero no concretamente. Pueden aparecer síntomas como manifestaciones de ansiedad y/o depresión, alteraciones, preocupación o enojo con facilidad, actúa deprimido o puede presentar poco interés, esconde cosas o cree que otras personas lo hacen, imagina objetos que no están ahí, tiende a deambular y salir de su hogar, camina incesantemente de un lado a otro, muestra un comportamiento sexual inusual, golpea a otras personas, malinterpreta lo que ve o escucha, entre otras cosas.

A medida que la enfermedad avanza, las demás regiones cerebrales también se verán afectadas.

³² (Jonathan Graff-Radford, 2022)

³³ (Gramunt D. N., 2008).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

La pérdida de las capacidades superiores tiene que ver con lo que se denomina “muerte neuronal”, aludiendo no sólo a como resuena la frase, sino a la consecuencia que esto provoca, que es la desconexión entre las neuronas encargadas de transmitir mensajes en las distintas partes del cerebro y desde ahí a todos los músculos y órganos del cuerpo.

La pérdida neuronal se produce, principalmente, por la presencia de dos factores anómalos, como las placas de proteína beta-amiloide y los ovillos neurofibrilares de proteína Tau, afectando a los movimientos y conexiones nerviosas del cerebro, e interrumpiendo la supervivencia de las neuronas. Esto se genera porque las mismas producen procesos de toxicidad que intervienen en la disponibilidad de las neuronas para comunicarse entre ellas, concluyendo con el detrimento del sistema cerebral.

“En 1906, el Dr. Alzheimer notó cambios en el tejido cerebral de una mujer que había muerto de una enfermedad mental extraña. Después de su muerte, el doctor examinó su cerebro y encontró muchas agrupaciones anormales (ahora llamadas placas amiloides) y conjuntos de fibras enredadas (ahora llamadas ovillos neurofibrilares u ovillos de tau)”³⁴.

- Fases por las que atraviesa la persona con patología de Alzheimer

➤ Primera fase: Leve o amnésica

Caracterizada por presentar deterioro en la memoria reciente, episódica donde el paciente se da cuenta de sus olvidos, pérdida del vocabulario, no encontrando la palabra adecuada cambiándola por otra; discalculia; dificultad para realizar tareas cotidianas como conducir, cocinar, hacer las compras; apraxia construccional (habilidad visual motora); tendencia a perderse; cambios emocionales y en la personalidad (apatía, desinterés, ansiedad, depresión). En la misma el paciente todavía mantiene su independencia y autonomía respecto al aseo, vestimenta y movilidad.

“Esta primera etapa tiene una duración aproximada de 3 años y en ella se observa un paulatino deterioro en la memoria episódica, especialmente. La persona olvida eventos recientes, no importa que hayan pasado 10, 15 o 20 minutos de un hecho determinado. Puede no recordar que ya comió u olvidar la conversación que tuvo con su hijo minutos antes. Asimismo, la percepción de su medio ambiente se ve disminuida, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y el espacio se ve afectada”³⁵.

➤ Segunda Fase: Moderada o de confusión

En ésta los problemas de la etapa anterior se intensifican y completan comenzando con la dependencia del paciente hacia su familia o cuidador, pudiendo realizar tareas por sí mismo solo con

³⁴ (Kelley & Santora., 2021).

³⁵ (Brescané, 2014.)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

supervisión; se hace manifiesto el síndrome afaso- apraxo- agnósico conectado con incapacidades en la escritura; en el habla con repetición de palabras o frases sin sentido; puede leer, pero no es capaz de saber lo que está leyendo por carencia de interpretación del mensaje; alteraciones en el comportamiento, como reacciones desmesuradas de agresión o enfado; pueden aparecer alucinaciones sobre todo nocturnas; deambular sin rumbo (actitud de vagabundeo) y desorientación espacio-temporal ya que no sabe dónde está ubicado, busca su casa, su calle, puede perderse con facilidad; problemas de comprensión y reconocimiento de objetos y personas relacionadas con omisión de sucesos recientes; olvido de algunas rutinas, como vestirse, hacer la cama, poner la mesa.

“Por afasia se entiende dificultad en el lenguaje. A la persona le cuesta trabajo hablar, expresarse y darse a entender. Dice unas palabras por otras, La apraxia se refiere a las dificultades que presenta para llevar a cabo funciones aprendidas. La persona no puede ni sabe cómo vestirse, no sabe utilizar los cubiertos, etc. La agnosia consiste en una pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que convive. Y, aunque esta pérdida no es total, pues de cierto modo aún reconoce ambientes familiares y conserva la orientación personal, sus desaciertos son cada vez más frecuentes”³⁶.

➤ Tercera Fase del Alzheimer: Fase Grave o demencia propiamente dicha

En esta el paciente es completamente dependiente de su cuidado ya que su estado remite a un funcionamiento mental extremo de sus cogniciones debido a la disminución de la consciencia con declive de la energía vital, donde sus síntomas se relacionan a la ausencia de reconocimiento ya sea de objetos como de personas; el paciente ya no es capaz de comunicarse verbalmente, ni tampoco parece entender, pero es receptivo al afecto; hay deterioro de la ingesta oral, le cuesta trabajo masticar y tragar; no controla esfínteres (incontinente); se encuentra somnoliento la mayor parte del día; presenta ausencia de actividad; está apático y pasivo; aparecen complicaciones derivadas de la inmovilidad como escaras, neumonía o trastornos respiratorios, atrofia muscular, rigidez.

“En esta tercera y última etapa, se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular, así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y crisis epilépticas”³⁷.

- **Factores genéticos de la patología de Alzheimer**

se pueden distinguir dos de ellos que son inmodificables, la edad y la genética.

³⁶ (Brescané, 2014.)

³⁷ (Brescané, 2014.)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

“La edad es el principal factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. La suma de años, particularmente a partir de los 65, va incrementando el riesgo de padecerla. Sin embargo, muchas personas preservan sus capacidades cognitivas hasta edades muy avanzadas. Así pues, la edad es el principal factor de riesgo para padecer Alzheimer, aunque no es una consecuencia inevitable del hecho de envejecer”³⁸.

“respecto a la genética, es importante saber que el Alzheimer tampoco es una enfermedad hereditaria. Solo en un porcentaje muy pequeño, concretamente el 1%, su causa puede atribuirse directamente a la genética. En el resto de casos, hablamos de un 99%, hay ciertos genes que pueden conferir una mayor vulnerabilidad para desarrollar la enfermedad, pero, en sí mismos, no son determinantes. Este efecto genético, de hecho, está influido y modulado por otros elementos: los factores de riesgo modificables”³⁹.

Ambos factores no son estadísticamente seguros para contraer la patología de Alzheimer.

- **Etiopatogenia multifactorial de la patología de Alzheimer**

- Sexo: estudios científicos presentan que existe mayor probabilidad de contraer Alzheimer en mujeres, que en hombres. Una de las creencias es debido a su mayor esperanza de vida.
- Escolarización y nivel educativo: el entrenamiento cognoscitivo y el aprendizaje incitan a la comunicación entre las neuronas (plasticidad neurológica), previniendo lo que con un bajo nivel educativo generaría un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- Hipertensión Arterial de larga evolución.
- Antecedentes de Traumatismo Craneal.
- Nutrición: Una dieta basada en productos de gran contenido calórico, están relacionados con un mayor riesgo de sufrir Alzheimer. Hay dietas especializadas para la prevención y tratamiento del Alzheimer.
- Niveles elevados de Homocisteína: Esta sustancia es un aminoácido orgánico que interviene en procesos fundamentales para el organismo, pero que, en concentraciones altas, está íntimamente relacionada con la aparición de cardiopatías y neuropatías.
- Antecedentes de procesos depresivos o Síndrome de Down.
- Otros: Tabaco, estilo de vida sedentaria, diabetes y obesidad.

³⁸ (Gramunt D. , 2008).

³⁹ (Gramunt D. N., 2008).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

4- Familia (Enfoque Sistémico).

“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”⁴⁰.

La familia se puede considerar como un sistema en constante relación, transformación, y por ende puede adaptarse a cualquier circunstancia que el entorno presente.

Esta adaptación permite la continuidad y su permanencia en el tiempo.

Se trata de una tendencia constante hacia la homeostasis o morfogénesis, es decir por un lado manteniendo un equilibrio y por el otro, dirigiéndose a una constante evolución. Entre ambos procesos el organismo humano puede ir evolucionando en el tiempo y adaptarse a lo circunstancial.

Las fuerzas que empujan al cambio provienen de los propios miembros de la familia, de los sistemas con los que la familia interactúa (mesosistema) y del propio macrosistema donde se enmarca la familia, propios del estar en una constante interacción.

Lo que se busca establecer con “el enfoque sistémico”, es demostrar el funcionamiento del sistema familiar cuando se encuentra ante el Diagnóstico de Alzheimer de un miembro del círculo íntimo, los cambios y las situaciones a las que empiezan a vincularse o relacionarse en cuanto a comunicación y a intercambios.

Así inevitablemente se generan nuevas adaptaciones y ante lo cual, lo relacional tiene que cambiar parcial o completamente en estos momentos determinados de la vida.

La familia va a tender a interaccionar con otros sistemas que se encuentran fuera, para la búsqueda de tratamiento específico.

Esto implicará, en la mayoría de los casos, movilización del sistema completo hasta que pueda volver a encontrar su estabilización para la permanencia del conjunto familiar y rehabilitación del paciente con demencia de tipo Alzheimer.

“Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales, tradicionalmente, se han visto de manera lineal (causa-efecto) lo cual es una visión errónea, puesto que en una familia no hay un “culpable”, sino que los problemas y síntomas se deben precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la

⁴⁰ (Espinal, Gimeno, & Gonzales, El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia., 2006).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, es decir lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia o viceversa”⁴¹

El objetivo es minimizar el impacto neurodegenerativo de la patología, dentro de un contexto de atención bio-psico-social y de la promoción en calidad de vida y bienestar.

Dicho en otras palabras, la patología de Alzheimer se considera un problema no sólo singular, sino familiar y social, siendo afectado el círculo relacional de la persona que lo padece, ya que con el tiempo este último va perdiendo su independencia y requiere del cuidado de otro para la supervivencia. Es decir, necesitará específicamente de atenciones especiales desde el lugar terapéutico y farmacológico con participación de su contexto cercano.

Esta investigación se centra sobre los llamados "entrenamientos de la memoria", siendo una de las opciones de los tratamientos no farmacológicos que son utilizados en personas con patología de Alzheimer, que, desde intervenciones psicosociales, hoy en día están más dispersos y presentes en centros de días terapéuticos y residencias asistenciales para adultos mayores.

Es importante dejar en claro que estos niveles donde trabajan las estimulaciones cognitivas son explicitados porque tienen lugar dentro y fuera de las instituciones, habiendo espacios para la participación e intervenciones de las familias.

“Cuando un miembro del núcleo familiar es diagnosticado de la enfermedad de Alzheimer, la modificación de sus roles sucede a un torrente emocional entre sus miembros, el miedo, la tristeza, la impotencia, la ira y la confusión quedan de manifiesto en su atmósfera. Desde el comienzo, esta situación deriva de una adecuada atención al enfermo para lograr un nivel óptimo de cuidado y dedicación”⁴²

Para esto se requiere que la familia como sistema pueda conocer e integrarse en los procesos atravesados por el integrante. Así las mismas reciben información a través de la psico-educación activada por uno o varios profesionales especializados en el área de demencia, aportando cada uno desde su saber o formulando nuevos aportes desde lo interdisciplinario.

“La interdisciplina significa una reorientación porque integra varias disciplinas que en una relación simétrica, dinámica e interactiva conjugan perspectivas de análisis propias de cada una para enriquecer la mirada del objeto de estudio”⁴³.

Y así la psico- educación pasa a:

⁴¹ (McWhinney., 2015).

⁴² (Lyria Esperanza Perilla, Repercusión de la enfermedad de alzheimer en el nucleo familiar., 2002-2022).

⁴³ (Ligarda., 2017).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

“tener por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la Calidad de Vida. La psico-educación como herramienta terapéutica es viable de utilizar en diferentes tipos de abordajes: Individual, familiar, grupal, vincular, etc”⁴⁴.

Es importante marcar un diagnóstico diferencial de la patología de Alzheimer para establecer el primer paso a un tratamiento adecuado, atención médica y educación familiar con integración bio-psico-social.

Capítulo 3

Marco Metodológico

Modalidad Elegida.

La modalidad de producción de conocimiento elegida es la de Investigación de Campo también conocida como descriptiva, planteada como aquella que tiene como fin:

“precisar las características de una situación particular, en un contexto específico para el cual no hay información disponible”⁴⁵

La problemática específica seleccionada se vincula a las incumbencias en Psicología, donde los resultados obtenidos tendrán una aproximación a referentes empíricos a través de los métodos de recolección cualitativos.

La pregunta de dicha investigación es: *“¿Cuáles son las técnicas de estimulación cognitiva aplicadas en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial por trabajadores de la salud en la institución de Pílares de la Cuidad de Santa Fe?”*

⁴⁴ (Dr. Bulacio Juan Manuel, 2004).

⁴⁵ (Yuni & Urbano., 2014).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Tipo de Diseño y Muestra.

A partir de dicha problemática se busca planificar un tipo de diseño con *estrategia cualitativa*, donde los resultados no requieren ser exactos, ni precisos, de lo contrario, varía de un sujeto a otro, ya que se estudia desde la experiencia particular de cada uno.

“Es el estudio de la gente a partir de lo que dicen y hacen las personas en el escenario social y cultural”⁴⁶

El *tipo de muestra* que se utiliza en esta investigación es la no probabilística que se diseña según otros procedimientos, hay autoselección de los informantes en las llamadas muestras de oportunidad, ocasionales, y la información que se obtendrá tiene un procedimiento donde existe variabilidad de resultados y caminos para su obtención.

Lo que tiene preponderancia en la definición de este tipo de muestra es la situación de encuentro, la capacidad de interpretar los objetivos del trabajo conjunto y las posibilidades de continuar la relación.

“Los marcos de la selección están definidos por criterios sumamente flexibles y se van delineando conforme a como avanza la investigación, la comunicatividad con los informantes, la claridad y la amplitud de la mirada del investigador.”⁴⁷

Unidad de Análisis, de Información y Técnicas de Recolección.

Se selecciona como *unidad de estudio* a los Trabajadores de La Salud de La Institución de Pilares de la Ciudad de Santa Fe que se encargan del área de T.E.C en la primera fase de desarrollo de la patología de Alzheimer.

En esta investigación las *unidades de información* son libros, revistas científicas, antecedentes, trabajadores de la salud a través de entrevistas y observación directa.

El tipo de *técnicas de recolección* de datos que se van a utilizar son las entrevistas semidirigidas, también conocidas con el nombre de mixtas.

“El entrevistador sigue un esquema o guion que le permite ir conociendo distintas facetas del/de la candidato/a: experiencia laboral, formación, preferencias, competencias... pero a la vez hace

⁴⁶ (Taylor & Bogdan., 1984).

⁴⁷ (Guber, 2004).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

preguntas abiertas para que el/la candidato/a se exprese con libertad y organice la información que quiere proporcionar”⁴⁸.

“Es la más utilizada en los procesos de selección porque proporciona una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información. Alterna preguntas concretas y estructuradas con preguntas abiertas orientadas a conocer la personalidad de los/as candidatos/as”⁴⁹.

Las entrevistas semidirigidas son formuladas con preguntas de carácter formal e informal, contrario a las que tienen formato cerrado de recolección de datos, empujadas para sondear información objetiva.

En estas entrevistas los interrogantes tienen el objetivo de que el entrevistador haga preguntas concretas que requieren de respuestas cortas para obtener algún dato específico y también preguntas genéricas, que tienen la finalidad de dejar hablar con libertad al entrevistado con la idea de construir un relato personal y profesional del mismo, dando mayor oportunidad a la construcción de los resultados y las conclusiones, comparando las respuestas y profundizando en las mismas.

“Esta clase de entrevista permite al empleador comparar las respuestas y profundizar en ellas. Mientras que las preguntas preparadas de antemano permiten a los reclutadores comparar entre distintos candidatos, las espontáneas les dan más libertad y flexibilidad, permitiéndoles centrar su atención en las habilidades específicas del solicitante, o plantear nuevas preguntas si el entrevistado plantea un aspecto desconocido”⁵⁰.

Los beneficios de utilizar este tipo de entrevistas son:

- Las entrevistas mixtas te dan la capacidad de hacer preguntas más abiertas y poder volver a preguntar al entrevistado, y dar lugar a un verdadero debate.
- Aportan una riqueza y una gran precisión, y permite profundizar y aclarar ciertos puntos.
- Otorga mayor libertad de expresión de los individuos sobre sus sentimientos y hábitos respecto a un tema determinado.

En síntesis, este tipo de recolección de entrevistas semidirigidas o mixtas es considerada completa por presentar una mezcla de preguntas directas e indirectas.

⁴⁸ (Díaz., 1999).

⁴⁹ (Autónomos., 2009).

⁵⁰ (Koto, 2005).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Campo Empírico.

El *campo empírico* seleccionado para la realización de dicha investigación se llevará a cabo en la clínica privada “Pilares”, ubicada en la Ciudad de Santa Fe. La misma se encuentra dividida en varios sectores con diversas actividades llevados a cabo por diferentes profesionales de la salud, entre los que encontramos psicólogos, terapistas ocupacionales, enfermeros y donde uno de dichos espacios está dedicado a la atención de pacientes con deterioro cognitivo, entre los que aparecen con Alzheimer.

“El campo de una investigación es su referente empírico, la porción de lo real que se desea conocer, el mundo natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo construyen”⁵¹.

Capítulo 4

Análisis

En La Institución de Pilares de la Ciudad de Santa Fe, se realizaron entrevistas semidirigidas a tres trabajadoras de la salud y a la directora del lugar; además se participó en actividades y observaciones de personas con patología de Alzheimer y otras demencias.

Este análisis va a comenzar desde el proyecto de surgimiento de la institución de Pilares, que tiene apertura a través de la estrategia de pensar, que hace diez años atrás en la Ciudad de Santa Fe, se vio la necesidad de centros institucionales que dediquen horas exclusivas a adultos mayores en presencia de patologías con deterioros intelectuales, con la concurrencia de horas diarias, vistos como “centros de días,” donde se encuentren presentes intervenciones planteadas como T.E.C.

Una de las funciones distintas a las que se encontraban vigentes en ese momento, que concurren un cierto tiempo durante el día, contrario a internaciones permanentes, y con la idea de lograr una construcción real de un espacio de sostén, que acompañe al adulto en este momento de su vida.

Así Pilares abre sus puertas como institución de Centro de Día para adultos mayores en la Ciudad de Santa Fe, por los años 2012, ubicada en Monseñor Vicente Zaspé con altura al 3463 teniendo como calles paralelas Av. Gdor Freyre y San Lorenzo.

⁵¹ (Guber, 2004).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Para la puesta en marcha de la misma, la institución de Pilares se encuentra integrada por una serie de trabajadores y profesionales, los mismos son:

- Psicóloga, quien se encarga de todo lo que implica tratamientos emocionales e interacciones con las familias de los concurrentes.
- Terapeuta Ocupacionales y Psicomotricista, teniendo función de facilitadoras, encargadas de propuestas y puesta en marcha de las actividades, trabajando con los grupos de mañana y tarde.
- Nutricionista, encargada de un taller denominado “sabores nuestros”.
- Médico General como auxiliar en alguna urgencia.
- Trabajador Social, con intervenciones semanales también presentes en los casos de urgencias.
- Profesor de Educación Física, participando diariamente en la coordinación de movimientos corporales articulado a lo cognitivo conductual necesarios para el desenvolvimiento diario. Esto es realizado con el apoyo de las facilitadoras.
- Profesor de Música, taller donde se ponen en juego las cuerdas vocales y el mantener en la memoria la canción, (en otros casos leyéndolas).
- Kinesiólogo, participando en el taller de “prevención y caída”.

Estos talleres son realizados para los concurrentes que forman parte actualmente de lo que es la institución de Pilares, con la idea de aportar nuevos conocimientos, abiertos a los cambios, como un libro a escribir todos los días, una página distinta.

Pilares, es una institución que trabaja con adultos mayores a partir de los 50 años en adelante, considerado por ellos como personas que se encuentran transitando un “proceso de envejecimiento”.

Pero además es importante destacar que a lo que aspira la institución de Pilares como centro de día para adultos mayores, con su equipo de trabajo que ponen foco sobre estimular a los grupos de concurrentes, es generar en ellos una mejor calidad de vida, aspirando a prolongar la independencia, a que se encuentren activos en todos sus aspectos, pero principalmente que ellos se sientan bien con ellos mismos.

Las intervenciones realizadas por el grupo de profesionales son abordadas desde una evaluación inicial, llevada a cabo con la directora del establecimiento y el equipo de trabajadores de la institución. En base a eso se establecen planillas de actividades semanales, vistas a la aplicación grupal, pero amoldadas a la particularidad de cada adulto mayor, para un abordaje integral.

Para abordar las T.E.C. se tiene en cuenta las necesidades actuales que va presentando cada paciente, ya que como se sabe sus cambios cognitivos se van modificando en lo diario dependiendo, por

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

ejemplo: de como durmió el paciente, como se levantó, si algo lo altero, si se enojó, preocupo, entre otras, por lo que pueden surgir modificaciones en las mismas.

Así la institución de Pilares cuenta con un equipo que ofrece un abordaje global que da respuesta a las necesidades médicas, psicológicas, emocionales, funcionales y sociales que en las personas con patología de Alzheimer van surgiendo más allá de lo planificado.

Respecto a la admisión de los pacientes a la institución de Pilares, se acuerda un día y un horario, donde asista el concurrente con un familiar, tutor o persona a cargo.

Las personas que lo reciben son la psicóloga, coordinadora, y el profesional que se encuentre presente en el nosocomio.

Llegado el momento se hace la entrevista teniendo en cuenta los siguientes datos:

a. Se verifica si el paciente llega a la institución por derivación de un médico o por consulta personal, con acorde previo de un día y horario de la misma.

“...Es variado, puede ser la derivación de un médico, puede ser porque compartieron la experiencia de otra persona con demencia que transito su proceso en pilares, la derivación es por ahí digamos, de compartir la experiencia de un familiar a otro...”⁵²”

b. Se identifica demanda o motivo de consulta en la entrevista de admisión.

“...Hay diferentes instancias generalmente es en casos de personas con Alzheimer, es una entrevista con su familiar, que comparte la situación, que da las características...”⁵³”

c. Durante la entrevista se evalúa la historia clínica del paciente, con la existencia o no de algún profesional a cargo, consultas, estudios, tratamientos previos.

“...Desde que llegan se les hace una entrevista de admisión, comúnmente la hacemos nosotras, y de ahí empezamos a diagramar estrategias para que sean parte; los abordajes grupales siempre tienden a ser grupal/individual y vamos respondiendo como a las demandas de lo que va surgiendo, por ejemplo, una señora tuvo un golpe en el dedo, un traumatismo, entonces estamos haciendo una rehabilitación en el dedo y mano con una terapeuta ocupacional. En vez de hacerlo solamente con ella, es algo que les sirve a dos o tres personas más. Se va acompañando la necesidad de cada vieji de forma individual, si es muy puntual. Si no, se lleva a la intervención grupal. Después

⁵² Entrevista IV, ANEXO.

⁵³ Entrevista IV, ANEXO.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

hacemos este seguimiento todos los días, hay intervenciones familiares también, estamos en continua comunicación con la familia, el medio evalúa, la nutricionista también, trabajamos todo a la par... ”⁵⁴.

“...Si, claro. Tenemos en cuenta lo que ha transitado la persona, la historia, los estudios que tiene, son parte de eso y somos muy respetuosos de los estudios que tengan, los diagnósticos presentes, nos da mucha información y nos orienta... ”⁵⁵”.

d. Se tiene en cuenta si el paciente presenta tratamientos con medicación previas a la consulta para la administración de los mismos durante las horas en el establecimiento. Es importante aclarar que los trabajadores de la institución de Pilares no son quienes dan inicio a un tratamiento farmacológico, pero si colaboran en que el paciente los realice (si así se requiere).

“...Administramos medicamentos por ejemplo cuando vienen de sus casas con pastillas que toman, y justo les toca dentro de las horas en las que están en la institución, y bueno, nosotras se las administramos... ”⁵⁶.

e. Con el ingreso el concurrente a la institución se evalúa el proceso de adaptación y los cambios que en el mismo se van manifestando mediante la observación y la inserción en lo grupal.

“...la persona va un día a la jornada de pilares donde podemos observar de manera indirecta sin que sea invasivo como es el desempeño de la persona, como se puede abordar, y a partir de ahí supervisar los objetivos. Y ahí vemos si se va a poder alojar la persona o si es apropiada... ”⁵⁷

f. Una vez transcurridos estos pasos se evalúa si el concurrente puede admitirse en la institución. Esto va a depender en el grado de avance de patología demencial que presente.

El resultado del análisis se pudo enlazar a los ejes conceptuales propuestos en el marco teórico de esta investigación: Técnicas de Estimulación Cognitivas (T.E.C), Demencia, Demencia de Tipo Alzheimer y Familia el siguiente análisis:

1- Técnicas de Estimulación Cognitivas (T.E.C).

La institución de Pilares funciona como Centro de Día para Adultos Mayores, contando con espacios de participación diurnos; servicios médicos auxiliares; talleres recreativos y artísticos abarcando dimensiones psicológicas, social, espiritual, recreativa, física y cognitiva.

⁵⁴ Entrevista II, ANEXO.

⁵⁵ Entrevista IV, ANEXO.

⁵⁶ Entrevista IV, ANEXO.

⁵⁷ Entrevista IV, ANEXO.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

De esta forma se mantiene en un estado activo al concurrente desde el lado emocional y físico a través de las interacciones con sus pares, con enseñanzas de historias personales pasadas y presentes entre ellos, propuestas del establecimiento, como actividades coordinadas y supervisadas por profesionales de la salud, involucrando las cogniciones que cada uno conserva y lo que requiere ser estimulado en cada caso.

Las T.E.C que se aplican, se van a adaptar de acuerdo a las necesidades con las que el paciente llega a la institución en el día a día.

La forma de abordar las actividades que tienen los trabajadores de la Salud de Pilares se fundamenta en planificaciones semanales sobre estimulaciones diseñadas y encauzadas dentro de programas heterogéneos, sin la propuesta de un día específico de cada tarea ya que es puesto en marcha desde la evaluación de necesidades que requieren los pacientes con patología de Alzhéimer.

Talleres activos en la institución de Pilares (nombrados como programas de estimulación):

- Habilidades sociales: desde la especificidad del psicólogo las habilidades sociales son una herramienta muy útil que desarrollamos las personas para poder relacionarnos con el resto de la gente.

Este taller tiene como T.E.C. *la interacción y relación con otras personas*, para trabajar sobre la formación de vínculos, poniéndose en práctica en lo diario buscando lograr generar un hábito de manera efectiva y satisfactoria. Este taller produce resultados direccionados a que se cree una red de personas donde se sientan apoyados entre pares; facilitar los procesos de socialización, comunicación, expresión de sentimientos y pensamientos; determinar el estado de bienestar con relación a la salud mental y a los procesos adaptativos a la sociedad; mejorar aspectos personales y comunitarios como la comunicación, la autoestima, y el asertividad.

En la institución de Pilares este taller tiene lugar en los “recreos” entre programa y programa de estimulación, a través de las conversaciones que se generan entre ellos y con la interacción de actividades organizadas y coordinadas por las facilitadoras estratégicamente.

“...por ejemplo, uno los ubica también de acuerdo a las relaciones, para que estén a gusto, y puedan charlar y conversar porque también se trata de eso no es todo el tiempo estar haciendo, haciendo sino también esa relación social que también esta bueno, porque después están en sus casas van se acuestan, miran tele y hasta que no llegue su hijo tal vez de trabajar o con quien vivan están ahí encerrados, solos o se van a dormir. Entonces acá se sienten que están hablando con un par, con un amigo que comparten todo, lo que hicieron el fin de semana por eso también es una estrategia eso

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

de que se sienten con la persona que más apego tienen y se ayudan entre ellas, si una no puede resolver le dice haber bueno acá capaz tener que hacer esto. se ayudan entre ellos...”⁵⁸

➤ Manejo de Emociones: desde la especificidad del psicólogo este taller hace foco en la influencia que tienen las emociones sobre el organismo del adulto mayor. En este punto, las T.E.C que se trabajan son *mecanismos adaptativos* haciendo referencia al papel que desempeñan las emociones en la adaptación.

“Más concretamente, en la resolución de problemas, confrontación de enfermedades y en las relaciones sociales que sostienen las personas mayores...”⁵⁹.

Esto es porque las emociones forman parte de la historia de vida del individuo, por lo tanto, es importante considerarlas en la inteligencia emocional.

Otra T.E.C que se utilizan en este taller en relación con las emociones son la *conservación del sistema inmunológico y autónomo* de las personas, presentando un rol importante en la vida del ser humano.

“El sistema inmunológico y autónomo se ven influenciados por las emociones negativas y la inhibición de su expresión”⁶⁰.

De lo contrario las emociones positivas posiblemente tengan repercusiones beneficiosas sobre el organismo.

Y por último las T.E.C puesta en marcha en este taller son *los procesos y funciones cognitivas* que tienen repercusión por las emociones que transita el adulto mayor. Es así que el estado anímico de las personas también va a depender de lo circunstancial y en base a eso afectar en los procesos cognitivos.

“Este aspecto modificaría funciones y procesos cognitivos como la atención, percepción y evaluación de las personas y situaciones sociales, entre otras”⁶¹.

Este programa es supervisado por la directora de la institución de Pílares. Función que fue delegada por presentar título de Lic. En Psicología, presentando mayores herramientas a la hora de poner en práctica el trabajo con las emociones de las personas con patología de Alzheimer con la presencia de las facilitadoras con rol de auxiliar ante la demanda.

⁵⁸ Entrevista I, ANEXO.

⁵⁹ (Oporto, 2019)

⁶⁰ (Oporto, 2019)

⁶¹ (Oporto, 2019)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

➤ Salud Integral: desde la función que cumple la psicología, el nombre de este taller “salud integral” hace referencia al trabajo que se realiza para el entrenamiento físico y la movilidad, que a su vez tiene repercusión positiva sobre el estado anímico y mental de los adultos mayores. La movilidad tiene múltiples beneficios para los adultos mayores en cuanto a mantenerlos activos y saludables.

Las T.E.C de este taller están diseñadas para trabajar sobre las *capacidades funcionales y motoras*, que provocan resultados positivos en el aumento en la resistencia cardiopulmonar, resistencia muscular esquelética, fuerza, movilidad, coordinación, aumento en la velocidad de respuesta, mejora la homeostasis y la adaptación a estímulos externos. Los movimientos ayudan a vencer el sedentarismo, aislamiento y la pasividad, logrando una mayor autonomía personal y, por tanto, calidad de vida.

programa coordinado por planificaciones organizadas por un profesor de Ed. Física, que abarca toda lo que implica la estimulación corporal. El mismo pre-pandemia se realizaba una vez por semana, que, con el cierre temporal y la vuelta a la institución de Pilares, se pudo reconocer el gran deterioro corporal y físico que presentaban la mayoría de los pacientes con patología de Alzheimer, lo cual llevo a tomar la decisión grupal de los trabajadores de la salud del nosocomio, de pasar a ser una actividad diaria.

➤ Sabores Nuestros: este taller como T.E.C. en el adulto mayor es utilizado para la *adquisición de nuevos hábitos alimenticios* que constituye un pilar fundamental en la vida de las personas. Desde la especificidad de la psicología considerar en el adulto mayor el tipo de alimentación que consume influye notablemente en el bienestar físico y emocional.

Otra función que tiene este taller es permitir al adulto mayor *valerse por sí mismo*, estar presentes y colaborar en múltiples aspectos del quehacer social, también generando bienestar emocional, y es allí donde la alimentación y nutrición juega un rol fundamental para el alcance de estos objetivos.

En el caso que el estado nutricional del adulto mayor sea favorable, se podrá hablar de salud, posibilitando la reducción de mortalidad, así como prevención de numerosas enfermedades e incapacidades. La malnutrición por déficit o desnutrición muchas veces pasa desapercibida o no se presta la atención necesaria.

“Las metas para la salud establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se centran en envejecer de forma saludable, por tanto, la alimentación y la nutrición juegan un papel importante en el proceso de envejecimiento y en brindar la posibilidad

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

al adulto mayor de gozar toda su potencialidad y que mantenga un rol activo en la sociedad”⁶².

Este es un programa que se planifica y se lleva a cabo con la nutricionista que trabaja en la institución de Pilares los días preestablecidos. El mismo incursiona en cuestiones que tienen que ver con la alimentación y el conservar en el tiempo su independencia referida a la tarea de cocina. De esta manera pueden trasladar esta función a sus hogares, con sus propios desempeños, sosteniendo su independencia.

➤ Actualidad y Tecnología: (manejo de redes sociales) con el paso del tiempo la tecnología se ha convertido en la principal herramienta de comunicación, convirtiéndose en parte de la rutina de las personas.

La idea principal de este taller es lograr que los adultos mayores puedan beneficiarse de las múltiples ventajas que la tecnología facilita.

Como T.E.C este taller de “Actualidad y Tecnología” y desde la especificidad de la psicología permite *activar las funciones cognitivas*. A modo de ejemplo el saber cómo se realiza una determinada operación y aprender algo nuevo crea nuevas conexiones neuronales, como generar atención, concentración, memoria (recordar los pasos para realizar una determinada acción).

Otra función de estimulación que tiene este taller es *conservar los vínculos sociales*. Si bien ninguna tecnología puede reemplazar la interacción cara a cara entre los humanos, los servicios de chat de video como Skype o los canales de comunicación, correo electrónico y las redes sociales, pueden complementar las interacciones sociales para las personas mayores y fomentar el conservar sus vínculos sociales que tan importante son para la vida de las personas, promoviendo comunicación desde un lugar autónomo con familiares, amigos, y otras personas.

Otro fin de este taller es *proveer seguridad* en casos donde los adultos mayores requieran de la obtención de ayuda puedan acceder a la tecnología como por ejemplo la de un celular o teléfono fijo, a través de la memorización de algún número en particular con el nombre de quien pertenece.

⁶² (Cerrada, 2019)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

De esta manera los adultos mayores están informados y en contacto por cualquier circunstancia en particular, o por el solo hecho de estimular y satisfacer sus vínculos sociales.

“...Se prepara el mate, bueno se le busca un lugar donde ella en lugar de que tenga que prender la cocina se le compre una pava eléctrica, se van buscando como estrategias y cosas para que ellos se acuerden, sin invadirla acomodándole las cosas sin que la persona se dé cuenta que algo cambio en ella para evitar generar estrés el saber que están distintos con esta nueva patología. Sin invadirla buscamos que la persona se encuentre en actividad, que siga siendo funcional más allá de la patología...”⁶³.

- Taller de música: Desde la especificidad de la psicología la música permite fomentar la creatividad aportando beneficios al estado anímico y salud mental en las personas. En este taller escuchar una canción y/o cantar, no sólo ejercita la mente, también nuestra capacidad auditiva y visual. Por este motivo, la musicoterapia es una de las actividades más recomendables para que los adultos mayores puedan disfrutar de un proceso de envejecimiento con bienestar físico y psicológico.

Las T.E.C que utilizan en este taller son las de *cantar* de forma individual o grupal o *escuchar* una canción. Esta técnica desde la parte cognitiva ejercita la memorización de las letras, haciendo foco en estrofas con la repetición de la mismas; se conservan o mejoran las habilidades verbales; se estimula el aprendizaje; se mantiene la atención y concentración; se fomenta la creatividad; disminuye la ansiedad y angustia; se generan beneficios sociales y emocionales fomentando la participación, interacción y comunicación grupal, mejorando el estado anímico y la autoestima; se previene el aislamiento social; permite tener mayor facilidad para expresar las emociones; se fortalecen los vínculos afectivos y potencia el entretenimiento.

- Taller de Lectura: en este taller la T.E.C es *leer*, que es realizado manera independiente por algunos concurrentes que les gusta la actividad ya que leer tiene múltiples beneficios en estimulaciones cognitivas. Desde la especificidad de la psicología la intencionalidad de la puesta en marcha de este programa permite el no sentirse sólo, ya que además de ser realizado de forma grupal, la lectura permite que la persona se involucre en la historia de la lectura, dejando que esta absorba toda la atención de quien lee o escucha; mejora la empatía, leer géneros literarios aumenta nuestra capacidad de ponernos en el lugar de otros, incrementando nuestra comprensión hacia los demás; aumenta la capacidad de concentración; proporciona entretenimiento; genera mejoría en el recordar las cosas; sensación de bienestar, ya

⁶³ Entrevista I, ANEXO.

que leer reduce nuestro nivel de cortisol aumentando esta sensación. Una historia que nos resulte interesante puede “engancharnos”, haciendo que liberemos tensión y relativicemos nuestros problemas; sirve como buen método para producir sueño, **porque** leer relaja proporcionándonos así el estado ideal para conciliar el sueño.

Este taller no es realizado por todos los concurrentes de la institución, sólo aquellos que les gusta la lectura, entonces, eligen un libro para leer y ponen un día fijo para seguir con la lectura del mismo. Cada uno conserva sus roles, y esto tiene que ver porque no a todos les gusta leer, pero si escuchar y viceversa. En este taller las reglas la ponen quienes lo integran. Es importante destacar que tiene inicio y vigencia por la demanda que nace de ellos mismos, y no por la programación de la institución.

“...Por ahí uno le da una lectura y después tienen que responder preguntas sobre esa lectura y por ahí dicen no, no me voy a acordar y capaz que lo resuelven super bien, a lo mejor con una ayudita, pero lo resuelven. aparte ahora decir Alzheimer o demencia ahora es tan común y ellos que leen y hay tanta información en la tele entonces ellos se van dando cuenta. antes capaz que no tenían esa información y no era nada grave. En cambio, ahora con toda la información que hay capaz que se empiezan a maquinar si me estoy olvidando capaz que ya tengo Alzheimer entonces que ellos puedan resolver algo les da una satisfacción enorme...”⁶⁴

- Taller de kinesiología: Es realizado desde la improvisación en el taller del profesor de ed. Física, que entre ambas disciplinas realizan planes de entrenamientos cotidianos adaptados a cada concurrente con el fin de favorecer la marcha, prevenir caída, busca lograr mayores beneficios para la salud, evitando el sedentarismo, la rigidez muscular y articular; incrementa la flexibilidad del cuerpo y mejora el estado de movilidad de las articulaciones, estimula la fuerza y fracturas de cadera, mejora la postura, el equilibrio y corrige problemas de este tipo. Desde el punto de vista psicológico el taller de kinesiología brinda considerablemente mejoría del estado de ánimo porque el adulto mayor se ve motivado a realizar estas actividades. La motivación es una estrategia importante para trabajar porque una persona motivada se encuentra activa y se siente productiva.

Es importante destacar que el ejercicio físico es uno de los pilares para el envejecimiento saludable.

“...cuando viene el kinesiólogo siempre hace algún abordaje en su grupo que nosotros le decimos un tallercito de la marcha y prevención de caída, porque él hace ejercicios y estimula

⁶⁴ Entrevista I, ANEXO.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

con ese fin, para favorecer la marcha y prevenir caída. Pero no lo tenemos pre establecidos como un taller, si no que bueno, se hacen intervenciones para esas cosas...”⁶⁵

Se trabaja con el kinesiólogo algunas estrategias que les brinda a las facilitadoras para el movimiento y marcha sobre los pacientes para facilitar, o improvisar en el día a día con los mismos.

“...Trabajamos con el kinesiólogo hace un tiempo, preparamos como un ateneo sobre cómo cuidar nosotros a la hora de hacer la transferencia de silla de rueda a cama, de cama a silla, como hacer para que sea ecológico, para no lastimar o hacer mal, y hacer el acompañamiento sobre la marcha; la persona que lleva bastón, etc. En fin, elegimos como un tema y lo trabajamos desde ahí...”⁶⁶

Estos talleres participan para un envejecimiento saludable, activo. La importancia de llevar una dieta equilibrada, mantener relaciones sociales y realizar regularmente ejercicio físico.

“la prevención de las discapacidades, la conservación de la salud para su independencia y funcionalidad, para lo que es necesario mantener una consulta programada, alimentación balanceada, ejercicio, socializar y contar con una red de apoyo”⁶⁷.

Es importante dejar visible que estos programas se van modificando de acuerdo a quienes van siendo parte de este proceso, como construcción social, ya que una persona es muy distinta a la otra, cada uno trae su historia, formas de vivir, costumbres culturales y sociales, hábitos, siendo parte de este pequeño mundo institucional, adaptándose con los nuevos ingresos y egresos, reinventándose con propuestas que jamás se utilizaron, sin parámetros fijos, estando en constante evaluación y modificación.

Todo es resultados del esfuerzo y desempeño profesional y personal de los integrantes del equipo.

“...la persona con Alzheimer, la persona con historia, con experiencia, con muchas vivencias, es distinta a otra persona con Alzheimer, por eso jamás repetimos el proceso de rehabilitación, aunque la propuesta sea similar, la forma en la que transita es singular...”⁶⁸.

Si bien todos los programas son realizados semanalmente, después del cierre total de presencialidad (que tuvo lugar durante un año en La Institución de Pilares por la declaración de "Pandemia por Covid 19"), hubo una reinversión en la manera de trabajar pre- covid19. Esto hace referencia a que antes los programas aplicados en Pilares tenían su día y horario en particular, con horas de trabajos continuas.

⁶⁵ Entrevista II, ANEXO.

⁶⁶ Entrevista II, ANEXO.

⁶⁷ (México., 2018)

⁶⁸ Entrevista IV, ANEXO.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

En estas jornadas había pacientes que pasaban todo el día en la institución y eran retirados por familiares o personal a cargo del mismo con el cierre (de 9am a 18pm). En el mismo se establecían administración de medicamentos, los pacientes también realizaban sus siestas si era necesario, entre otras cosas muy distintas a pos-Pandemia.

Hoy la institución de Pilares cuenta con la existencia de dos turnos, con sus respectivos concurrentes. Los mismos se dividieron en cuatro horas por la mañana y la tarde, donde los concurrentes sólo asisten a uno de ellos y no a los dos.

Respecto a actividades, si bien los programas siguen siendo los mismos, el equipo de trabajo de la institución de Pilares enfocó su labor diaria en estimulación física y cognitiva, como consecuencia de encontrarse con un nivel elevado de deterioro corporal (por sedentarismo) e intelectual. Estableciendo la presencia de ambos programas como T.E.C de lunes a viernes.

El objetivo del centro de día no es sólo que la persona pueda transitar su proceso de rehabilitación social, estimulación cognitiva, física, emocional que preserva al momento de ingresar, sino que además les reprograman un estilo de vida, les dan un rumbo a sus actividades, los hacen sentir que ellos todavía tienen mucho para crear, para dar a ellos mismos y a los demás.

En la institución de Pilares se pone foco en capacitaciones constantes en el equipo para poder entender, aunque sea un poco más, todos los días, sobre el proceso que se encuentran transitando las personas con estos deterioros.

Cuando se dice que las T.E.C son aplicadas de acuerdo a las necesidades del paciente, también se hace referencia que si el grupo llega a la institución y puede observarse por las facilitadoras que necesitan otra cosa, las actividades pensadas con anticipación son reemplazadas por la demanda en el aquí y el ahora del concurrente, ya sea de manera grupal, o si se requiere armar una intervención individual, en alguno que predomine más la atención personalizada.

El equipo de trabajo está activo en cuestiones emergentes, ya que forma parte del proceso de la persona con patología de Alzheimer. Es decir, se usa la flexibilidad de leer como está cada uno hoy, interviniendo en función a eso.

Con esto se puede destacar que las actividades se orientan a lo grupal, pero es importante reconocer que no todos los concurrentes se encuentran en la misma fase de avance de la patología de Alzheimer. Es por esto que, si bien la actividad es la misma para el conjunto, la técnica a resolver en cada uno en particular, es distinta.

Dicho en otras palabras, el paciente que todavía conserva mayores habilidades cognitivas, se les presenta la estimulación de una forma más compleja a resolver, mientras que, en la situación contraria, la problemática es para ser resuelta de manera más sencilla y muchas veces con ayuda de las

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

facilitadoras, adaptándolo a un nivel que lo puedan resolver. Con esta técnica se intenta evitar frustraciones en la persona con Alzheimer, que en algunos casos puede reconocer la disminución cognitiva que va teniendo poco a poco.

Esto es positivo para quien realiza la actividad, ya que en muchos casos son ellos mismos quienes se creen incapaces de poder lograr determinados objetivos encontrándose con resultados contrarios a los pensados. Se eleva o disminuye la actividad dependiendo las habilidades que el concurrente sigue conservando con los días. Así se logra llevar a cabo la participación completa de lo grupal.

“...Lo primero para apuntar de positivo es que los ves siempre ahí bien, con ganas y que ellos se sienten bien porque sienten que vos les das una actividad y que ellos lo pueden resolver que creen que capaz que no y ve la satisfacción de decir ah mira no estoy tan mal, me olvido, pero no estoy tan mal, mira como mejoro con esto, esto me hace bien. Por ahí uno le da una lectura y después tienen que responder preguntas sobre esa lectura y por ahí dicen no, no me voy a acordar y capaz que lo resuelven super bien, a lo mejor con una ayudita, pero lo resuelven. aparte ahora decir Alzheimer o demencia ahora es tan común y ellos que leen y hay tanta información en la tele entonces ellos se van dando cuenta. antes capaz que no tenían esa información y no era nada grave. En cambio, ahora con toda la información que hay capaz que se empiezan a maquinar si me estoy olvidando capaz que ya tengo Alzheimer entonces que ellos puedan resolver algo les da una satisfacción enorme...”⁶⁹

Otra situación a destacar respecto a la manera de estimular que utiliza la institución de Pilares es que, los concurrentes también se agrupan por ellos mismos, y por ayuda de las facilitadoras dependiendo de las afinidades que tengan entre ellos, algo que fueron construyendo día a día, donde cada uno elige con quien sentarse para compartir y dialogar sobre la T.E.C de ese día, que concuerda en estos casos con presentar entre ellos grados parecidos de deterioro cognitivo.

Entonces se pudo observar que, mitad del grupo con habilidades más conservadas se encontraban de un lado y mitad del otro grupo, con deterioro cognitivo más avanzado, del otro costado.

Resolviendo situaciones de manera similares, lo que uno no puede resolver el de al lado empuja a ayudarlo, con ideas para el desenvolvimiento sobre lo que se está trabajando, siempre y cuando sea sólo una ayuda, y no la resolución completa de la incógnita, ya que de lo contrario el paciente no recibe la estimulación pensada (en estos casos hay intervención de las facilitadoras).

El hecho de trabajar de manera grupal además, tiene como destaque que activan las relaciones sociales, ya que todo no es llegar al nosocomio y emprender el accionar estimulador, sino que en el “entre”, ellos dialogan y comparten momentos experimentados de lo extrainstitucional ya sea de sus

⁶⁹ Entrevista I, ANEXO.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

vidias diarias (que comieron, con quien estuvieron, como se sintieron), así como de recuerdos infantiles que se les viene a la memoria (consecuencia propia de la patología que va removiendo los recuerdos recientes y vuelve a los más antiguos).

Cabe destacar que esta manera de relacionarse de forma social-grupal, para los trabajadores de la salud de Pilares son necesarias, ya que muchos de ellos al llegar a sus hogares se encuentran solos y se desenvuelven en estas circunstancias.

La planificación estratégica de las T.E.C cuenta con, la presencia de las facilitadoras que en la institución de Pilares son Terapistas Ocupacionales y Auxiliares en Motricidad, presentes en todo momento con los grupos de turnos mañana y tarde y a ellas se incorporan otros profesionales como La Psicóloga, Profesor de Educación Física, Nutricionista, Médico, Kinesiólogo, Profesor de Música los cuales tienen días en la semana para realizar los abordajes individuales y grupales que son previstos de ante-mano con el equipo de trabajo donde es utilizada la interdisciplina, acercándose a veces un poco más y otras menos, por eso el equipo de Pilares cuenta con casi todas las disciplinas que posibilite el campo de la salud para abordar.

Los trabajadores de la salud de Pilares consideraron en su mayoría que las T.E.C son más eficaces en la primera y segunda fase por la que se encuentra atravesando el concurrente, ya que es el momento en que se puede fortalecer lo cognitivo que todavía se mantiene, o no se encuentra deteriorado, pero siempre se estimula siendo indistinto el momento atravesado.

Es fundamental que la persona con patología de Alzheimer permanezca activa en su rutina, sin la presencia de otra persona que realice las actividades que le permiten continuar con su independencia, ya que esto no favorece en estimulación, sino en reemplazos, donde el paciente comienza a perder las cogniciones que conservó hasta ese momento. Contrariamente se rediseñan estratégica y metodológicamente el ambiente donde la persona con patología se desenvuelve permitiendo que sólo pueda seguir con sus tareas el mayor tiempo posible. Esta última aporta a una estimulación cognitiva positiva para estas patologías.

Con la aplicación de las T.E.C tienen como objetivo los trabajadores de la salud de Pilares a corto y largo plazo intervenir en función a ralentizar la patología y que el paciente mantenga el buen vivir e independencia los años que le queden de vida utilizar diferentes estrategias para ralentizar el avance ya que la patología de Alzheimer no tiene cura, en determinados pacientes va más rápido y en otros más lentos. Tiene como positivo mantener a los concurrentes más orientados, conectados con la realidad tratando de mantener las habilidades que todavía conservan.

En la institución de Pilares a las personas que asisten se las llama “concurrentes” y no personas con Alzheimer o deterioro cognitivo porque no son vistas desde una patología en particular

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

sino desde lo que necesita en ese preciso momento que están ahí y, además, no todos presentan detrimentos intelectuales, sino que algunos llegan con la función de buscar un entretenimiento en sus vidas, disfrute y compartirlos con sus pares.

2- Demencia.

Los trabajadores de la salud trabajan sobre la declinación de los procesos cognitivos propios del proceso de envejecimiento y con deterioros cognitivos como consecuencia de alguna demencia con que los concurrentes llegan a la institución de Pilares. En el caso de Demencias las mismas son abordadas no tanto desde la especificidad de la patología en sí, sino tomando a la persona como un todo, y organizando el tratamiento en base a lo que puede observarse como necesario en ese momento, se aborda desde las áreas que se consideran urgentes.

Para planificar y abordar en la toma de decisiones sobre cada paciente con su patología y momento de transición de la misma el equipo de trabajo de la institución de Pilares se reúne una vez al mes para observar los procesos de cada uno de los concurrentes y actuar en base a los diagnósticos actualizados.

3- Demencia de Tipo Alzheimer.

Las personas que asisten a La Institución de Pilares tienen un rango de edad que varía a partir de los cincuenta años en adelante.

Los profesionales que forman parte de la institución de Pilares no observan al adulto mayor desde el lugar de su patología, sino desde un abordaje integral interviniendo en función a eso.

En la institución de Pilares la patología más frecuente es la de Alzheimer.

La misma cuenta con tratamientos para todo el proceso de la patología, las personas cuando llegan a la institución por lo general se encuentran en la primera o segunda fase de avance siendo estimulados en toda la evolución del diagnóstico de Alzheimer.

4- Familia.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

La institución de Pilares remite su nombre “Pilares” a cuatro de ellos que pueden verse representado en su logo de identificación.



70

Con ello remite a la representación de la persona con patología de Alzheimer, la sociedad que lo rodea, la familia y el equipo de profesionales que lo componen. Todo esto tuvo lugar para que la persona que hoy enfrenta dicha patología acompañada de innumerables cambios en la personalidad por consecuencia del deterioro cognitivo que la misma abarca hace que los tres pilares restantes se encuentren en constante modificación respecto a la interacción, lo sentimental, emocional y conductual hasta el último momento del paciente.

Respecto a la admisión de la persona con patología Alzheimer a la institución de Pilares pudo recopilarse que se realiza una entrevista con la familia o personas que se encuentren a cargo. Esta actividad es llevada adelante por quien es designada directora y psicóloga.

Para la admisión de pacientes los profesionales de la salud que trabajan en la institución de Pilares requieren que se desarrolle lo siguiente.

“Diferentes instancias generalmente es en casos de personas con Alzheimer, es una entrevista con su familiar, que comparte la situación, que da las características, y una segunda instancia a la persona, y después la persona va un día a la jornada de Pilares dónde podemos observar de manera indirecta sin que sea invasivo como es el desempeño de la persona, como se puede abordar, y a partir de ahí supervisar los objetivos. Y ahí vemos si se va a poder alojar la persona o si es apropiada”⁷¹.

Todo es realizado desde un protocolo que sostiene el centro de salud de sus formas laborales. Para esto se va a centrar trabajar sobre la atención gerontológica integral, teniendo en cuenta los diagnósticos, se centra en el contexto familiar, la forma en cómo llega la persona a la institución, y a partir de ahí, realizan mejoras en lo terapéutico, en el ambiente familiar, desde su casa también, la ubicación de los objetos, la organización de las cosas, generando un sistema de apoyo dentro y por fuera de la institución.

⁷⁰ (Minna., 2010)

⁷¹ Entrevista IV, ANEXO.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Todo esto sucede cuando la patología empieza a afectar en la persona con Alzheimer y fue notoria por un tercero.

“por lo general no llegan al principio de la patología, como todavía están orientados y todo eso se manejan los hijos, por una negación. Por ahí pasa esto de que si viven solos no les cuentan a los hijos de que están pasando por ese proceso de olvido. cuando se dan cuenta es porque ya paso a algo más grave. Se enteran por ahí porque un vecino los llama y les dice, vos sabes que la vi que se iba caminando para la avenida y la noté como perdida. entonces capaz que ahí empiezan a parar las antenas y empiezan a preguntar. Por eso cuando no viven con ellos por ahí no se dan cuenta de la primera etapa, se dan cuenta cuando pasa algo más groso que se empiezan a perder y que ya no pueden ni hacer un mandado. Entonces ahí es cuando uno le da una ayuda y hace que todo vaya un poco más lento”⁷².

A medida que los trabajadores de la salud de Pilares comienzan su relación con el paciente en la institución y la patología avanza se realizan reuniones mensuales o en caso que se requiera de urgencia, con las familias coordinando objetivos específicos que son compartidos para las posteriores intervenciones.

Se realizan intervenciones con la familia en casos puntuales y necesarios, es decir en algunos más que en otros. Esto va a depender de la familia, de la disponibilidad e interés que tengan con su familiar. Para eso se convocan reuniones una vez al mes con todo el equipo de trabajo para poder abordarlo interdisciplinariamente. Se elige un tema y se trabaja desde ahí.

Los familiares en la entrevista de admisión incorporan información como:

- La resolución de dudas respecto de cómo está el paciente, que tratamientos tiene que seguir, ansiedades, miedos, esto permite tranquilizar a familiares.
- Se psico-educa a través de lo que el profesional le explicita sobre la patología, los procedimientos de la misma, se les enseña diferentes estrategias para que puedan utilizarse en el hogar, y como va a ir evolucionando la patología en el concurrente. Con la psico-educación también se comunica la importancia de las T.E.C para ralentizar y generar mejor calidad de vida no sólo en el paciente, sino en la familia.
- Se trabaja con la familia siempre desde un lugar positivo explicando la forma diferente que tienen que empezar a coordinar y resolver las situaciones con el paciente, siempre desde la estimulación.

⁷² Entrevista I, ANEXO.

Capítulo 5

Resultados

La presente investigación se ha realizado con el propósito de conocer y describir las T.E.C aplicadas por Trabajadores de La Salud en pacientes Diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial pertenecientes a la Institución de Pilares de La Ciudad de Santa Fe.

Por lo tanto, a lo largo del estudio efectuado se indagó sobre la identificación de las estrategias que se utilizan en las T.E.C y sobre las variables que intervienen para su conformación y posterior aplicación a pacientes con Alzheimer.

Se recolectó información con observación participante de los concurrentes del nosocomio.

Para obtener los siguientes resultados se eligieron como ejes de investigación:

- Estimulación cognitiva
- Demencias
- Demencia de tipo Alzheimer
- Familia

Buscando distintos autores que fueran significativos para cada categoría, y en base a los mismos se formularon entrevistas semidirigidas realizadas a cuatro trabajadoras de la salud, continuando con observaciones de los grupos de adultos mayores de la institución de Pilares en diferentes días.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo en el lapso de un año, dependiendo de los tiempos disponibles de la institución.

Los resultados que se obtuvieron de dicha investigación fueron los siguientes:

1. A través de las entrevistas y observaciones realizadas se pudo comprobar que las T.E.C que se utilizan en los talleres de la institución de Pilares son:
 - T.E.C de interacción y relación entre pares, que habilita las relaciones sociales para una mejor comunicación, expresión de sentimientos, pensamientos y autoestima.
 - Técnicas para el reforzamiento de la memoria con la realización de juegos de mesa, actividades artísticas (pintar, dibujar), actividades sensoriales (cocinar).
 - Dentro del taller de cocina utilizan T.E.C culinarias (preparados de masa, corte con molde, lavar verduras).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

- En el taller de actualidad y tecnología las T.E.C son el uso de celulares para explorar e identificar redes sociales (Instagram, whatsapp, Facebook, Gmail); interacción vincular sin la presencialidad y ampliación de intereses personales como contactar a familiares, amigos, llamar a emergencias, médico, pedir un taxi, turno al médico.
 - En el taller de música utilizan como T.E.C el cantar para mejorar funciones cognitivas a través de interpretaciones de canciones, identificación de género, de emociones, sentimientos.
 - T.E.C enfocadas en el lenguaje, comprensión, expresión escrita y oral, denominación, lectura comprensiva.
 - En el taller de kinesiología utilizan como técnica de estimulación el entrenamiento adaptado a cada adulto mayor a través de actividades de estiramiento, equilibrio, coordinación, fuerza, tono y postura que impacta en el manejo del cuerpo y por ende en las funciones cognitivas (memoria, atención, concentración).
 - T.E.C de orientación y atención.
 - T.E.C dirigidas a fortalecer conductas adaptativas y funciones ejecutivas mediante la ejercitación de hábitos diarios y manejo de emociones.
2. De acuerdo al diagnóstico obtenido en la primera entrevista de admisión se logra saber con cuáles T.E.C. se va a dar inicio al tratamiento del adulto mayor en la institución de Pilares.
 3. Las T.E.C se pueden conocer, describir e indagar sobre las variables a utilizar una vez evaluado el paciente con Alzheimer en relación a lo que necesite, más allá de la singularidad del paciente.
 4. En personas con Alzheimer las T.E.C sirven para estimular las áreas de posibles cogniciones afectadas por la patología a través del proceso de la neuroplasticidad cerebral y para prolongar las habilidades que aún conserva el paciente, ralentizando el deterioro cognitivo, produciendo calidad de vida al concurrente y familia que lo acompaña con los tratamientos.
 5. Los familiares del paciente con Alzheimer tendrán cambios en sus vidas, en cuanto a roles, funciones, hábitos por consecuencia de la pérdida de autonomía del paciente con la evolución de la nosología.
 6. Los profesionales de la salud de la institución de Pilares realizan un seguimiento minucioso sobre cada uno de los concurrentes del nosocomio, abarcando los distintos cambios en el día a día propios de la patología de Alzheimer.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

7. Se pudo observar y evaluar que la función del psicólogo en la institución de Pilares como Centro de Día para adultos mayores es de vital importancia ya que es quien se encarga de realizar la valoración neuropsicológica, el diagnóstico emocional y conductual del adulto mayor y elaborar el correspondiente informe psicológico; marca los objetivos terapéuticos y evalúa los talleres de psico-estimulación individual y grupal, en colaboración con el personal técnico o auxiliar; realiza el seguimiento de la intervención de forma pasiva; coordina actividades con el equipo de trabajo de la institución; establece estrategias de intervención conductual y emocional con el concurrente; mantiene al día la documentación relativa de la evolución del adulto mayor, en cuanto a capacidades cognitivas, funcionales, el estado emocional y conductual; programa las actividades de intervención con la familia para la aceptación y afrontamiento de la patología; sostenimiento familiar y estrategias para el hogar;; búsqueda de resolución de problemas; entrevista inicial de posible admisión con el adulto mayor y la familia.

Capítulo 6

Discusión

El propósito de la presente investigación, ha sido Conocer y describir las T.E.C aplicadas por Trabajadores de La Salud en pacientes Diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial pertenecientes a la Institución de Pilares de La Cuidad de Santa Fe. Por este motivo, a continuación, se pretende efectuar una discusión, interpretando y explicando a partir del marco referencial-conceptual de las teorías existentes, y los antecedentes de los estudios disponibles.

Primeramente, cabe destacar que fue posible conocer las diferentes T.E.C. trabajadas por los profesionales de la salud que conforman el equipo de la institución de Pilares, y que son utilizadas en pacientes diagnosticados con Alzheimer. Las mismas se pusieron de manifiesto en las entrevistas y observaciones del nosocomio. Lo cual demostró que éstas no estaban formuladas sin antes haber estudiado la historia clínica del paciente y el proceso semanal de acomodación y adaptación con el grupo de trabajo. Esta investigación coincidiría con lo planteado por Britbrain⁷³, estableciendo que si las T.E.C

⁷³ (Britbrain., 2018).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

no se adaptan a las capacidades funcionales de cada cerebro, no sólo podrían no funcionar, sino que además existe la posibilidad de que se produzca un impacto subóptimo sobre el usuario o paciente.

Respecto al objetivo general y los específicos que apuntan a conocer las estrategias de intervención y las variables que se utilizan en las T.E.C aplicadas en pacientes con patología de Alzheimer por los profesionales de la salud pertenecientes a la Institución de Pilares de La Cuidad de Santa Fe, se pudo observar que las estrategias que utilizaban en la primera fase de evolución de la patología, dependían de las cogniciones que los usuarios aun conservaban, y que tan afectada o no se encontraban las áreas cerebrales de la parte cognitivo-conductual-funcional. Dicho en otras palabras, las observaciones pusieron el foco en que algunos entrenamientos mentales eran más complejos y otros no tanto, dependiendo de lo que cada paciente podía aportar a las actividades, adaptadas a la individualidad. Estos objetivos van a coincidir con lo que marca Garcés Vieira⁷⁴ sobre la plasticidad neuronal que cada usuario tenga para la realización de las T.E.C, y que gracias a la potenciación que cada uno pueda brindar, se lleguen a resultados positivos, ralentizando la patología de Alzheimer y prolongando la independencia por más tiempo.

Respecto a las hipótesis formuladas en esta investigación se concluyó, a través de las entrevistas semidirigidas, que las T.E.C para pacientes con patología de Alzheimer se van a formular dependiendo de las habilidades intelectuales que se conservan y las que se encuentran afectadas en la singularidad de cada caso. El resultado fue que las terapeutas, previo a comenzar con el tratamiento de entrenamiento conductual realizaban un análisis y conclusiones de las facultades mentales afectadas y las que se encuentran sin daño. A partir de estos resultados se programan los tratamientos de estimulaciones cognitivas a los pacientes con Alzheimer.

Como establece Mínguez, J⁷⁵ las T.E.C son técnicas y estrategias que buscan la mejora del rendimiento y eficacia en el funcionamiento de capacidades intelectuales como la memoria, la atención o la percepción, pero siempre trabajando desde lo que aún se conserva.

Otras de las hipótesis formuladas fue que las T.E.C favorecen el enlentecimiento de la Patología de Alzheimer generando una mejor calidad de vida en el paciente. Esta es una conclusión que coincide con estudios científicos.

Entre los antecedentes investigados, los tres concuerdan con sus distintas explicaciones. Por ejemplo, Sara Doménech Pou⁷⁶ planteó que, el programa de entrenamiento estructurado de memoria dio resultados efectivos en el rendimiento cognitivo global de las personas con patología de Alzheimer leve, equivalente a la escala de deterioro global 4 de Reisberg, mejorando sus funciones cognitivas generales

⁷⁴ (GARCÉS-VIEIRA & SUÁREZ-ESCUADERO., 2014).

⁷⁵ (Mínguez, 2018).

⁷⁶ (Pou, 2004).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

de manera gradual a lo largo del año de intervención. Por otro lado, tenemos a Amorós Fernández, María Belén⁷⁷ obtuvo como resultados beneficiosos de lo que aporta la realización de programas de estimulaciones cognitivas a personas con patología de Alzheimer, tras analizar los artículos y comprobar que las estimulaciones intelectuales producen mejoría, mantenimiento o ralentización del estado cognitivo, además de en otros ámbitos como la conducta, el estado de ánimo. Y por último Eva Ostáriz Roca⁷⁸ concluyó que las terapias no farmacológicas que se aplican a nivel bibliográfico en pacientes con Alzheimer institucionalizados, tanto en la evidencia como la práctica mostraron que estas terapias traen numerosos beneficios para los pacientes que las reciben, por lo que surge la necesidad de promover su implantación.

Concordando con los resultados de las distintas investigaciones se agrega que, en lo que se observó en la parte práctica realizada con los usuarios que asisten a la institución de Pilares, la ralentización de la patología eran evidentes en las actividades grupales, además de la mejora del estado de ánimo, ya que se los observaba felices compartiendo las tareas en común que estaban realizando, y las pocas ganas de retirarse del establecimiento donde estaban siendo atendidos y tratados en un ambiente agradable.

Otras de las hipótesis formuladas en esta investigación es que, el círculo familiar del paciente con Alzheimer se verá cada vez más involucrado a los efectos nosológicos de la patología. Esto resulta evidente en las observaciones y entrevistas realizadas, desde el discurso de las profesionales. También como plantea Lyria Esperanza Perilla⁷⁹ que cuando un miembro del núcleo familiar es diagnosticado de la enfermedad de Alzheimer, la modificación en los roles de los miembros de la familia, sucede a un torrente emocional con la aparición del miedo, la tristeza, la impotencia, la ira y la confusión, quedando en manifiesto entre ellos. Además, sostiene que desde el comienzo se requiere de una adecuada atención al paciente para lograr un nivel óptimo de cuidado y dedicación.

Se concluyó que la autonomía funcional del paciente con Alzheimer se reduce de forma significativa consecuente del deterioro en la memoria y cogniciones degenerativas, perdiendo su independencia poco a poco, donde esta pasa a ser otras de las causas por la que se requiere de la participación y atención por completo de las familias. En casos contrarios las personas con Alzheimer pasan a ser institucionalizados, sin la atención y los cuidados requeridos para el tratamiento de esta patología.

Para esto es muy importante lo que establece Manuel, D. B.⁸⁰ sobre la psico- educación a familiares sobre la patología de alzheimer, esclareciendo que la misma permite orientar y ayudar a

⁷⁷ (Belén., 2017).

⁷⁸ (Roca, 2016).

⁷⁹ (Lyria Esperanza Perilla, Repercusión de la enfermedad de alzheimer en el nucleo familiar., 2002)

⁸⁰ (Manuel, 2004).

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la calidad de vida, sirviendo como herramienta terapéutica para utilizar en los diferentes tipos de abordajes, ya sea Individual, familiar, grupal o vincular.

Un aspecto fundamental a destacar es el rol que cumple el psicólogo en personas con patología de Alzheimer respecto, al tratamiento no farmacológico trabajando con el grupo de profesionales desde una mirada interdisciplinaria, con las T.E.C, con los adultos mayores y el rol que cumple con la familia.

“El envejecimiento poblacional está desarrollando un nuevo campo de actuación para el psicólogo. Esta situación está creando nuevas posibilidades de trabajo, de aplicación de los conocimientos de la Psicología en una población habitualmente no usuaria de servicios de Psicología, y supone un nuevo reto profesional que requiere formación psicogerontológica.”⁸¹.

Como se estableció en los resultados el rol del psicólogo es fundamental **en:**

- Evaluación y diagnóstico, de vital importancia para una detección precoz.
- Funciones de intervención con el paciente con patología de Alzheimer, estudiando las funciones cognitivas preservadas y afectadas del paciente, así como la existencia o no de alteraciones emocionales, de la personalidad o de la conducta, estableciendo un perfil neuropsicológico y su fase evolutiva. Además, se realizan intervenciones con las familias brindando información y asesoramiento, prevención de situaciones, psicoterapia, actividades psico-formativas.
- Administración de recursos con coordinación del equipo de profesionales con el que trabaja.
- Investigación con el aumento del conocimiento científico sobre la patología y el avance de los nuevos programas y herramientas psicológicas para su aplicación a los adultos mayores y familias.
- En T.E.C dirigida a personas con demencia, el psicólogo participa en actividades grupales y ejercicios diseñados para la mejoría de la memoria, las habilidades para resolver problemas y la capacidad del lenguaje.

“El psicólogo en este ámbito, interviene para ayudar a mitigar el impacto emocional del diagnóstico de la enfermedad, la evaluación y los diferentes imprevistos que van a ir apareciendo paulatinamente. El mismo también, va a fortalecer la tolerancia y la paciencia, ya que es un requisito imprescindible para la persona que ocupa el lugar de cuidador

⁸¹ (Reina, 2000)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

principal, el profesional también va a intentar fortalecer el vínculo y el amor, la serenidad, y el sentido de motivación para mantenerse en el lugar de cuidador”⁸².

Se pudo destacar que la atención de la disciplina psicológica no es centrarse sobre la enfermedad, sino sobre la persona afectada y su entorno familiar, que implica la participación de diferentes profesionales del ámbito socio-sanitario, que contemplen las dimensiones bio-psico-sociales para esto la función del psicólogo es indispensable.

Conclusión

Los resultados obtenidos a lo largo de la presente investigación, han posibilitado alcanzar las siguientes conclusiones:

- Las T.E.C se realizarán en base a las necesidades que requiera cada paciente con patología de Alzheimer el día que asiste al nosocomio, por ende, es probable que en cada día de la semana las T.E.C tengan que planificarse en el momento, improvisadamente.
- Las T.E.C pueden conocerse y describirse a partir de la información obtenida en la primera entrevista y el análisis de la semana adaptativa del paciente, así es posible afirmar que se necesita de un tiempo de alrededor de siete días de indagación y observación.
- En las T.E.C las variables que se tienen en cuenta para su formulación en la primera fase de evolución de la patología de Alzheimer, va a depender de las cogniciones intelectuales que cada paciente conserva, de esta manera se va a poder trabajar a partir de las zonas intelectuales activadas, en la singularidad de cada uno, adaptadas a la grupalidad.
- Las funciones principales de las T.E.C contribuyen a mejorar el rendimiento y la eficacia de las capacidades y funciones ejecutivas como la atención, concentración, memoria, razonamiento, planificación y lenguaje del paciente con Alzheimer a través del empleo de diferentes estrategias y metodologías, de esta manera es probable que la persona permanezca estabilizada en la evolución de su patología.
- Las T.E.C utilizadas en personas con Alzheimer favorecen en la ralentización de la patología, generando una mejor calidad de vida en el paciente y su círculo relacional cercano, es posible que estos últimos puedan desenvolverse de manera favorable en su hábitat y el contexto vincular.
- La autonomía funcional del paciente con Alzheimer se reduce de forma significativa con el tiempo, consecuentemente del deterioro en la memoria y cogniciones degenerativas propias de la patología, lo más seguro es que su independencia poco a poco se vaya disolviendo y necesite de ayuda externa.

⁸² (Godoy Poveda, 2022)

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

- Los familiares de los pacientes con patología de Alzheimer que reciban psico-educación de la misma, generará en ellos resultados positivos para la comprensión y empatización del proceso que se encuentra transitando el afectado, de esta forma es posible que se genere un ambiente de entendimiento, que haya cambios en los roles, estilos y ritmo de vida con su acompañamiento, consecuente de los efectos nosológicos.

Recomendación

➤ Las recomendaciones explicitadas a continuación son en relación directa a los lugares destinados como “Centros de Días para Adultos Mayores” y a quienes integran este conjunto.

- Fundamentalmente se considera importante el tomar consciencia que en la tercera edad las personas continúan activas, que pueden aparecer enfermedades y que las mismas deben ser atravesadas. Se recomienda a la persona senescente no apartarla de lo comunitario más allá de las circunstancias inherentes.

- La patología de Alzheimer es propia de esta etapa de la vida, pero no hay rendirse ante la idea de que, al no existir una cura deba dejarse al paciente sin estimulación permitiendo que la misma avance. De lo contrario en la actualidad existen tratamientos farmacológicos y terapéuticos para la persona que lo padece.

- Es recomendable no aislar al paciente en un nosocomio permanente sin recibir T.E.C y asistencia farmacológica que forman parte del tratamiento para ralentizar la patología de Alzheimer y que el paciente presente una mejor calidad de vida en el transcurso de la misma.

➤ Las recomendaciones que servirían a los profesionales de la salud dedicados a esta área de la población podrían ser:

- Actualizarse constantemente en teorías, metodologías y estrategias de intervención.
- Tener presente el lenguaje que utilizan al dirigirse a esta población, para no generar sensaciones de exclusión, estigmatización, prejuicios, o culpa.
- Trabajar en lo posible desde lo interdisciplinario, y tengan presente las terapias alternativas.
- Con la evolución de la patología de Alzheimer el paciente reciba estimaciones cognitivas constantes.
- Trabajar con los profesionales y las familias de un modo continuo, respecto a la historia clínica del paciente actualizada y a la psico-educación.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

- Es recomendable que en estas instituciones desarrollen un taller para las familias y generen entre ellas comunicación interactiva, de esta forma existe la posibilidad de que funcionen como red de sostén ante las adversidades del familiar con patología de Alzheimer.

- Recomendaciones respecto a la utilización de las T.E.C:

- Se recomienda ponerlas en función en las tres etapas de la patología de Alzheimer. En el caso de encontrarse en la última fase, donde el paciente ya no pueda asistir a la institución, trasladarlas al hogar del mismo con lo que se requiera para la continuación del tratamiento.

- Actualizar constantemente las T.E.C: por un lado, para seguir activando las zonas neuronales y no generar adaptación por el uso constante de los mismos tratamientos y por otro, evitando generar aburrimiento en quien hace uso de estas estimulaciones.

- Que las T.E.C puedan realizarse con el cambio constante de lugares físicos, es decir que dentro de la institución puedan hacerse uso de los diferentes espacios que la integran, como por ejemplo el patio, la cocina, el living, la sala de música, de gimnasia, biblioteca. Además, es recomendable poner en acción las T.E.C en salidas fuera de lo institucional con la finalidad de integración comunitaria, como por ejemplo salir a tomar un helado, merendar, realizar picnic en espacios verdes.

- Que las T.E.C sean adaptadas en el hogar del paciente, con lo que el mismo ya presenta en su casa, acomodando, modificando y adaptando constantemente, dependiendo de cómo continúe la evolución de la patología de Alzheimer. Esto es de vital importancia para evitar complicaciones que perjudiquen o alteren el tratamiento terapéutico.

Limitaciones

Es importante declarar que durante el transcurso de esta investigación se presentaron distintas limitaciones u obstáculos como las siguientes:

- Debido a la situación de pandemia mundial que se ha atravesado por el COVID-19 resultó difícil coordinar con la directora del establecimiento para la realización de las entrevistas.

- Como consecuencia del decreto de aislamiento social preventivo obligatorio, la parte práctica de la investigación se realizó en el tiempo de alrededor de un año, con cancelaciones y reprogramaciones de citas a la institución. La última entrevista por el mismo motivo fue realizada por video llamada.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

➤ Por motivo de COVID-19 las participaciones en las observaciones fueron realizadas con sus limitaciones, por prevención y cuidado a los adultos mayores, siendo el área vital más vulnerable para esta situación.

➤ Además, por los motivos anteriores la asistencia de los concurrentes al establecimiento no fue de manera continua, ya sea por contraer COVID-19 y evitar futuros contagios o por cuidados personales, o decisiones familiares, lo que interfirió en poder observar la totalidad de los integrantes del establecimiento, con sus diferentes afecciones y en la temporalidad de sus fases, en la práctica interactiva.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Bibliografía

- Autónomos., E. M. (2009). *Tipos de entrevista - Entrevista semidirigida o mixta*. Victoria Gasteiz, Spain.: Victoria gasteiz. Green Capital.
- Badano, N. M. (2014). *La demencia y una perspectiva multidimensional desde el lugar del psicólogo*. Montevideo.: Univerdidad de la República, facultad de Psciología.
- Belén., A. F. (2017). *Revision exhaustiva sobre la estimulación cognitiva en ansianos con demencia de tipo Alzheimer*. Miguel Hernandez: Universidad de Miguel Hernandez.
- Brescané, R. (2014.). *¿Cúantas etapas o fases tiene el Alzheimer y Qué características tiene cada una?*. Madrid: KNOW Alzheimer.
- Cerrada, L. J. (2019). *Importancia de la Alimentación y Nutrición en el Adulto Mayor*. Venezuela: CIAP (Centro de Investigación y Análisis Próspectivo).
- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. O. (dic. 2018). *Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia*. Lima, Perú: SCIELO PERÚ.
- De la Vega, R. y. (2012). *La demencia en la historia (en línea)*. *Circunvalación del Hipocampo*. España.: Sociedad española de neurología.
- De la Vega, R. y. (junio, 2012). *La demencia en la Historia*. España.: Circunvalación del Hipocampo.
- (21 de septiembre de 2020.). *Demencia*. 194 Estados.: Organización Mundial de la Salud.
- Díaz., L. C. (1999). *Tipos de Entrevistas: semidirigida, de tensión e informal*. Seville, Spain.: Aula Fácil. cursos online gratuitos. .
- Dr. Bulacio Juan Manuel, L. V. (2004). *EL USO DE LA PSICOEDUCACION COMO ESTRATEGIA TERAPEUTICA*. Buenos Aires.: XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Espinal, I., Gimeno, A., & Gonzales, F. (2006). *El Enfoque Sistémico En Los Estudios Sobre La Familia*. Rep. Dominicana.: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda.
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). *El Enfoque Sistémico en Los Estudios Sobre La Familia*. Rep. Dominicana.: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD.
- Flatley, P., & Brennan, R. P. (1997/2023). *Demencia vascular*. EE.UU: Medline Plus.
- GARCÉS-VIEIRA, M. V., & SUÁREZ-ESCUDERO., J. C. (2014). *Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos*. Medellín, Colombia.: Scielo.
- García., A. M. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Barcelona.: SCIELO.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

- Godoy Poveda, E. B. (2022). *Exploración Bibliográfica sobre la eficacia de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores con demencia*. Ecuador, Quito.: Facultad de Ciencias de la Discapacidad, Atención Pre hospitalaria y Desastres, Universidad Central del Ecuador.
- Gómez-Jarabo., P. G. (28 Noviembre 2012.). *Evolución histórica del concepto de demencia*. Biopsicología.net.
- Gramunt, D. (2008). *Factores de riesgo del Alzheimer: qué son y cómo podemos reducirlos*. Barcelona.: Fundación Pasqual Maragall.
- Gramunt, D. N. (2008). *Hablemos del Alzheimer. ¿ A qué áreas del cerebro afecta el Alzheimer?*. Cataluña: Fundación Pascal Margall.
- Guber, R. (2004). *El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento*. Buenos Aires, Argentina.: PAIDÓS.
- Iacub, D. R., & Sabatini, L. M. (2015.). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez. El deterioro cognitivo y las demencias*. Buenos Aires.: Facultad de psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Iacub, L. R. (1991). *Primer Encuentro Nacional Sobre Calidad de Vida en la Tercera Edad*. Buenos Aires, Argentina.: Universidad de Buenos Aires Secretaria de Extensión Universitaria.
- Jiménez., I. V. (2012). *La entrevista en investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos*. Costa Rica.: Universidad Nacional de Costa Rica.
- Jonathan Graff-Radford, M. (2022). *El alzhéimer y la demencia: ¿cuál es la diferencia?*. Rochester (Minnesota), Scottsdale y Phoenix (Arizona), y Jacksonville (Florida).: MAYOCLINIC.
- Jonathan, & Lunde., A. M. (2019). *Demencia con cuerpos de Lewy*. EE.UU.: MAYO CLINIC.
- Jonathan, G.-R. M., & Angela M. Lunde, M. (1998-2023). *Demencia*. Phoenix, Scottsdale, Jacksonville y Rochester (EE.UU).: MAYO CLINIC.
- Juebin Huang, M. P. (2023). *Demencia frontotemporal*. Mississippi, EE.UU.: MANUAL MSD.
- Kelley, A., & Santora., K. (2021). *Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer*. EE.UU: National Institute on Aging.
- Koto, E. (2005). *¿Qué es una entrevista mixta?* Seatte, Washington.: QuestionPro.
- Ligarda., R. C. (2017). *LA INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA E INTERNACIONAL*. Santa Rosa de Lima.: unife.edu.pe.
- Lyria Esperanza Perilla, P. (2002). *Repercusión de la enfermedad de alzheimer en el nucleo familiar*. México.: Universidad de las Américas.
- Lyria Esperanza Perilla, P. (2002-2022). *Repercusión de la enfermedad de alzheimer en el nucleo familiar*. México.: Pserinfo- Servicio Electrónico de Información Psicológica.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

- Manuel, D. B. (2004). *El uso de la psicoeducación*. Buenos Aires.: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- McWhinney, I. (2015). *La familia como sistema: Teoría General de los Sistemas*. Latinoamérica.: Medicosfamiliares.com.
- México., G. d. (2018). *Beneficios de la actividad física en los adultos mayores*. México: INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores).
- Minguez, J. (2018). *¿Qué es la estimulación cognitiva y para qué sirve?* aragoza, España; New York, United States: Bitbrain Technologies.
- Minna., F. (2010). *Pilares. Centro de día para adultos mayores*. Santa Fe.: facebook.
- Montanelli., L. J. (2019). *¿Qué es la estimulación cognitiva y por qué puede mejorar tu salud?* CABA.: Centro Medicus de Salud Mental.
- O.M.S. (2021). *Envejecimiento y Salud*. Naciones Unidas: O.M.S (Organización Mundial de la Salud).
- Oporto, M. (2019). *Estimulación de la inteligencia emocional en personas mayores*. Uruguay: NeuroClass.
- Pinedo., L. F. (2016). *Salud y calidad de vida en el adulto mayor*. Lima.: SciELO Perú.
- Pou, S. D. (2004). *Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de alzheimer en fase leve*. Barcelona.: Facultad de Psicología Universidad de Barcelona.
- Reina, M. R.-A. (2000). *EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER*. Madrid, España.: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Roca, E. O. (2016). *Las terapias de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Leida.: Universidad de Leida.
- Ruiz, E. D. (s.f.). *Psicología del Ciclo Vital. Hacia una visión comprehensiva de la vida humana*.
- Ruiz, E. D., & Valdivieso., C. U. (2002). *Psicología del Ciclo Vital. Hacia una visión comprensiva de la vida humana*. Bogota, Colombia.: Revita Latinoamericana de Psicología.
- Ruiz, E. D., & Valdivieso., C. U. (2002). *Psicología del Ciclo Vital: Hacia una Visión Comprehensiva de la Vida Humana*. Bogotá, Colombia.: Revista Latinoamericana de Psicología.
- Salud), O. (. (2015.). *Demencias*. Las Américas. : Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Taylor, S., & Bogdan., R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Buenos Aires; Barcelona; México.: PAIDÓS.
- Tirapu, J., Arango, J. C., Martínez-Horta, S., & Fernández., R. (2017). *Tipos de actividades de la vida diaria*. Barcelona.: Neuron UP.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Yuni, J. A., & Urbano., C. A. (2014). *Técnicas para Investigar. Recursos Metodológicos para la Preparación*. Córdoba, Argentina.: Brujas.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

ANEXOS

Preguntas de entrevista semiestructurada

Ejes: institución y forma de trabajo; Persona con Patología de Alzheimer; Técnicas de estimulación cognitiva (T.E.C); Psico-educación

Institución y forma de trabajo: preguntas dirigidas a la dueña de la institución de Pilares.

1. ¿Cómo surge el nombre que lleva hoy la institución de Pilares y que significado o representación tiene el mismo para vos?
2. ¿Cómo surge la idea de llevar a cabo una institución como Pilares?
3. ¿Cuándo abre sus puertas? Día/mes/ año
4. ¿Quién o quiénes le dan inicio?
5. ¿Qué trabajadores de la salud comenzaron con este proyecto, y cuales se fueron incorporando? ¿A partir de qué?
6. ¿Con qué programas o talleres se comenzó, cuáles se fueron sumando? ¿Por qué?
7. ¿Cómo se trabaja en la institución de Pilares?
8. ¿Pilares recibe personas con qué patologías?
9. ¿La institución tiene un rango de edades?
10. ¿Es utilizada la interdisciplina como forma de abordaje?
11. ¿Cómo se lleva un seguimiento personal de cada uno de los concurrentes que asisten a la institución de Pilares?
12. ¿Quiénes se encargan de esta función?
13. ¿Se realizan reuniones de equipo de trabajo?
14. ¿Para abordar una persona con patología de Alzheimer qué tiene en cuenta la institución de Pilares?
15. ¿Quiénes toman las decisiones sobre el tratamiento de cada persona con Alzheimer que asiste a la institución de Pilares?
16. ¿Los trabajos realizados con los concurrentes de Pilares son compartidos con sus familias?
17. ¿En qué contexto y temporalidad?

Eje: Alzheimer:

18. ¿Por qué la institución de Pilares trabaja con personas con patología de Alzheimer?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

19. ¿Cuál es su objetivo a corto y largo plazo para la admisión de personas con patología de Alzheimer?
20. ¿Cómo considera la institución de Pilares a las personas con patología de Alzheimer?
21. ¿Cómo llegan familiares o persona a cargo de pacientes con Alzheimer a la institución de Pilares?
22. ¿Se tienen en cuenta diagnósticos previos para la admisión del paciente a la institución de Pilares?
23. ¿Qué procedimientos previos se realizan para el inicio de tratamiento del concurrente en la institución de Pilares?
24. ¿Cuántas horas de tratamiento recibe un concurrente de la institución de Pilares diariamente?
25. ¿Recibe más de un tratamiento por día?
26. ¿dentro de la institución de Pilares se pueden administrar tratamientos medicamentosos para pacientes con Alzheimer?
27. ¿La institución de Pilares realiza derivaciones? ¿En qué casos?
28. ¿La institución de Pilares cuenta con tratamiento para todo el proceso de la patología de Alzheimer?

Eje: Técnicas de Estimulación Cognitivas (T.E.C): esta entrevista será realizada a los trabajadores de la salud de la institución de Pilares.

29. ¿Cuáles son las variables que se tienen en cuenta para planificar las T.E.C?
30. ¿Qué trabajadores de la salud las planifican?
31. ¿Qué se puede destacar como positivo de resultados obtenidos a través de la utilización de las T.E.C? ¿Hay negativos?
32. ¿Qué es lo que primero puede observarse cuando un paciente con patología de Alzheimer recibe tratamiento de las T.E.C?
33. ¿Utilizan estrategias específicas para la implementación de las T.E.C?
34. ¿Hasta que fase aplica la institución de Pilares las T.E.C en pacientes con patología de Alzheimer?
35. ¿En qué fase de avance de la patología de Alzheimer pueden considerarse mayores resultados con la aplicación de las T.E.C? ¿Por qué?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

36. ¿Qué es lo que más se puede trabajar en las primeras fases con personas con patología de Alzheimer?

37. ¿Las T.E.C que son utilizadas con pacientes con patología de Alzheimer son comunicadas a los familiares del mismo?

38. ¿Los familiares de pacientes con patología de Alzheimer utilizan las T.E.C en un contexto extra-institucional?

Eje: psico-educación:

39. ¿Cuáles son las dudas, los temores, las ansiedades más recurrentes que presenta la familia cuando ingresa a la institución de Pilares con un familiar con patología de Alzheimer?

40. ¿El equipo de trabajadores de la institución de Pilares concientiza a la familia sobre esta patología?

41. ¿El equipo de trabajo de la institución de Pilares brinda estrategias psico-educativas, capacitaciones para el hogar cuando el paciente se retira de la institución?

42. ¿Hay cambios en las interacciones/relaciones de las personas allegadas cuando se enteran que su familiar presenta patología de Alzheimer?

43. ¿Se deben producir cambios específicos en el hogar?

44. ¿Cuáles son las preguntas más habituales que tiene la familia cuando interacciona con el equipo de trabajo de Pilares?

45. ¿Cuáles son las cuestiones más importantes respecto a la psico-educación que el equipo de trabajo de la institución de Pilares comunica a la familia del paciente con Alzheimer?

46. ¿Cómo se organizan los trabajadores de la salud de Pilares para poder transmitirles el material cognoscitivo sobre esta demencia a las familias del allegado?

47. ¿Que beneficios tiene utilizar como parte del tratamiento de las T.E.C psico-educar a familiares de la persona con patología de Alzheimer?

48. ¿Cuál es la frecuencia de psico-educación con la que se cuenta en la institución de Pilares?

49. ¿Este proceso terapéutico es realizado dentro de la misma institución?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

50. ¿Los familiares del paciente con patología de Alzheimer son convocados a consultas particulares.

Entrevista 1

Entrevista realizada a una de las trabajadoras de la salud de la Institución de Pilares.

Eje: técnicas de estimulación cognitivas (T.E.C).

1. ¿Cuáles son las variables que se tienen en cuenta para planificar las T.E.C?

Si bien nosotras planificamos y no tenemos tanto en cuenta la patología, tratamos de ver que vamos a estimular, la atención, la concentración, la comprensión de consignas. Y que todos más allá de que este más avanzado o menos avanzado podamos resolverlo, sobre todo que no se frustren. Que por ahí pasa porque por ahí vienen con un mal día, entonces se los alienta diciéndoles dale si vos podes y buscar la estrategia o la herramienta para que ellos puedan resolver el ejercicio. Incluso uno sabe porque ya los conoce que en realidad si lo pueden hacer, no da que planifiquemos algo que sabemos que después se les va a complicar. Cuando viene alguien nuevo ahí vamos viendo que pueden hacer y que no a partir de las actividades diarias que pueden resolver y que no. Por ejemplo, si tiene problemas en el habla, pero puede escribir igual. Pensamos que necesita, lo que siente, eso es cuando viene alguien nuevo. Ahora que a la tarde que sabemos que hay dos grupos bastante unidos tratamos de hacer tareas grupales para que todos participen.

2. ¿Qué trabajadores de la salud las planifican?

En realidad, las planificaciones las hacemos nosotras las facilitadoras, y consultamos con los demás profesionales, pero también estas se modifican de acuerdo a las necesidades que traen los concurrentes en el día a día.

3. ¿Qué se puede destacar como positivo de resultados obtenidos a través de la utilización de las T.E.C? ¿Hay negativos?

Para mí lo positivo es que ellos pueden permanecer más orientados, más conectados con la realidad- si bien depende de la persona, a veces avanzan más rápido, otras más lento y con las T.E.C uno trata de que eso vaya como más lento y manteniendo esas habilidades que todavía tienen. Como positivo eso. Que uno tárate de ayudar lo que todavía conservan. Como negativo lo de pandemia que

estuvieron un montón de tiempo encerrados y se deterioran más rápido. Problemas que tenemos con las obras sociales. Hay algunos que tienen más acompañamiento porque lo tienen desde su casa donde los buscan, los sacan, los llevan a pasear, les hacen más compañía y hay otros que no. Y ahí es donde uno se empieza a deteriorar más porque empiezan a perder relación y contacto con el otro. En cambio, vienen acá, se ponen a charlar, hablan de la actualidad, del pasado, de cuando eran chicos, de lo que hicieron ayer de cómo se sienten hoy y todo eso estimula, aparte de la actividad que hacemos. La actividad en si me parece que no tiene nada de negativo, si todos estos factores externos, lo del covid, que se enferman, o dejan de venir por determinados cuidados. Porque sin bien puede pasar que el recurrente no resuelve la actividad uno busca que trate de darle la vuelta dándole una mano para que lo pueda resolver. Entonces a lo negativo uno le busca la vuelta para que se convierta en positivo y lo pueda resolver y no queden frustraciones de que no lo pudo resolver.

4. ¿Qué es lo que primero puede observarse cuando un paciente con patología de Alzheimer recibe tratamiento de las T.E.C?

Lo primero para apuntar de positivo es que los ves siempre ahí bien, con ganas y que ellos se sienten bien porque sienten que vos les das una actividad y que ellos lo pueden resolver que creen que capaz que no y ve la satisfacción de decir ah mira no estoy tan mal, me olvido, pero no estoy tan mal, mira como mejoro con esto, esto me hace bien. Por ahí uno le da una lectura y después tienen que responder preguntas sobre esa lectura y por ahí dicen no, no me voy a acordar y capaz que lo resuelven super bien, a lo mejor con una ayudita, pero lo resuelven. aparte ahora decir Alzheimer o demencia ahora es tan común y ellos que leen y hay tanta información en la tele entonces ellos se van dando cuenta. antes capaz que no tenían esa información y no era nada grave. En cambio, ahora con toda la información que hay capaz que se empiezan a maquinar si me estoy olvidando capaz que ya tengo Alzheimer entonces que ellos puedan resolver algo les da una satisfacción enorme.

5. ¿Utilizan estrategias específicas para la implementación de las T.E.C?

y depende, en realidad sí. Son específicas para cada persona no le das la misma técnica a un concurrente que esta más avanzado que a uno que no. al que recién está arrancando le das algo más complejo y al otro le das lo mismo pero que lo resuelva de una manera más simple o trata de bajarlo a un nivel que lo pueda resolver. estas son las estrategias que usamos para que nadie se frustre y puedan sentir que todo pueden hacer y que todos participan. por eso se planifica una actividad y a esa actividad o la elevamos un poquito de acuerdo a la persona para que no le resulte tan fácil o una pavada que lo puede resolver en un segundo y al otro lo bajas según su necesidad, capaz que también te dice que es una pavada, pero le cuesta mucho más resolverlo. por ejemplo, uno los ubica también de acuerdo a las relaciones, para que estén a gusto, y puedan charlar y conversar porque también se trata de eso no es todo el tiempo estar haciendo, haciendo sino también esa relación social que también esta bueno, porque

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

después están en sus casas van se acuestan, miran tele y hasta que no llegue su hijo tal vez de trabajar o con quien vivan están ahí encerrados, solos o se van a dormir. entonces acá se sienten que están hablando con un par, con un amigo que comparten todo, lo que hicieron el fin de semana por eso también es una estrategia eso de que se sienten con la persona que más apego tienen y se ayudan entre ellas, si una no puede resolver le dice haber bueno acá capaz tener que hacer esto. se ayudan entre ellos. por ahí hay que decirles que deje que el otro haga la actividad sino a veces quiere hacer todo uno solo y el otro no recibe la estimulación.

6. ¿Hasta que fase aplica la institución de Pilares las T.E.C en pacientes con patología de Alzheimer?

Siempre, porque por más mínimo que sea yo soy partidaria de que esto, de que no siempre necesitas de una fichita para estimular cognitivamente sino cualquier cosa que vos hagas estas estimulando.

7. ¿En qué fase de avance de la patología de Alzheimer pueden considerarse mayores resultados con la aplicación de las T.E.C? ¿Por qué?

Y en las primeras, si vos la agarras a tiempo cuando recién está arrancando uno puede fortalecer un montón de cosas que todavía tiene intactas para evitar que todo vaya más rápido. Sí vos la agarras a tiempo todo como que se demora un poco más, le podes ir brindando herramientas para que ella se pueda seguir desenvolviendo en su casa o en su rutina diaria de manera independiente. el tema es que por lo general nunca llegan en esa etapa, llegan un poquito más avanzados. por lo general no llegan al principio de la patología, como todavía están orientados y todo eso se manejan los hijos, por una negación. Por ahí pasa esto de que si viven solos no les cuentan a los hijos de que están pasando por ese proceso de olvido. cuando se dan cuenta es porque ya paso a algo más grave. Se enteran por ahí porque un vecino los llama y les dice, vos sabes que la vi que se iba caminando para la avenida y la noté como perdida. entonces capaz que ahí empiezan a parar las antenas y empiezan a preguntar. por eso cuando no viven con ellos por ahí non se dan cuenta de la primera etapa, se dan cuenta cuando pasa algo más groso que se empiezan a perder y que ya no pueden ni hacer un mandado. Entonces ahí es cuando uno le da una ayuda y hace que todo vaya un poco más lento. y muchas veces de golpe y porrazo le ponen cuidadoras horas que les hacen todo entonces se quedan sin hacer nada. Por eso hubo mucha gente que con la pandemia que estuvieron encerrados se deterioró un montón porque perdió esa vida social.

8. ¿Qué es lo que más se puede trabajar en las primeras fases con personas con patología de Alzheimer?

Lo que más trabajaría es que esa persona pueda seguir trabajando su rutina y su independencia en cuanto a su vida diarias. Simplificándole las actividades. por ejemplo se prepara el mate, bueno se le

busca un lugar donde ella en lugar de que tenga que prender la cocina se le compre una pava eléctrica, se van buscando como estrategias y cosas para que ellos se acuerden, sin invadirla acomodándole las cosas sin que la persona se dé cuenta que algo cambio en ella para evitar generar estrés el saber que están distintos con esta nueva patología. Sin invadirla buscamos que la persona se encuentre en actividad, que siga siendo funcional mas allá de la patología.

9. ¿Las T.E.C que son utilizadas con pacientes con patología de Alzheimer son comunicadas a los familiares del mismo?

depende, algunos si te preguntan qué estás trabajando o incluso algunos te cuentan por ejemplo que de un viernes a un lunes, vos sabes que el fin de semana paso esto, lo otro, fíjate si te cuenta algo, porque a veces ellos no le cuentan a los hijos y capaz que a uno si vienen y le dicen que paso, como paso o como se sintieron o por ahí te dicen si podes trabajar esto porque yo me voy a air de viaje y se va a quedar con fulana, si trabajas con ella y después bríndanos estrategias, por ese lado si, por ahí viene vienen los mismos familiares y preguntan o nos avisan lo que le está pasando a la persona, o nos comunican que ahora le está costando más determinada cosa, y nos preguntan cómo hago, para que le brindemos herramientas. es la misma familia la que busca de darle todo lo mejor.

10. ¿Los familiares de pacientes con patología de Alzheimer utilizan las T.E.C en un contexto extra-institucional?

Si, si, acá por ejemplo cuando estábamos en pandemia se mandaban las actividades y lo hacían, a lo mejor no en su totalidad, pero por ahí se sentaban, los acompañaban. salvo que sea una persona que le importe nada su familiar, pero si lo hacían, hasta con las cuidadoras, incluso ellas por ahí nos decían que le dejemos actividades o le mandemos, yo lo hago pintar después de la merienda cuando no tenemos nada que hacer que ya se bañó todo.

Entrevista 2

Entrevista realizada a una de las trabajadoras de la salud de Pilares: coordinadora de la institución de Pilares.

1. ¿Con qué programas o talleres se comenzó, cuáles se fueron sumando? ¿Por qué?

-Mas o menos la orientación es la misma, siempre se trabajó por programas, nunca fue por talleres. Los grupos, que están divididos con ciertas características que sean heterogéneos y demás. En su momento, pre-pandemia se tenía un grupo más grande, eran unos 4 grupos y siempre se trabajó en seis programas, que uno es Habilidades Sociales, Manejo de emociones, estimulación cognitiva, salud

integral abarca toda la cuestión de lo físico, las abd e incluimos a juego y recreación en eso –le podemos llamar los tallercitos- pero en realidad nosotros lo denominamos programas de estimulación y siempre la facilitadora que coordina el grupo de los adultos que vienen, planifican las actividades en relación a esos programas. Cada programa tiene sus objetivos y de ahí surgen las ideas de las actividades en base a eso; Sabores Nuestros, que es como la cocina, que ahí se trabaja a la par de la nutricionista; y Actualidad y tecnología que es un poco esto de hoy en día ha trascendido el manejo de redes sociales, cuestiones que en viejos es todo nuevo, por ejemplo, en ese programa trabajamos lo cognitivo, las efemérides del mes, todas esas cuestiones están dentro de ese programa.

2. ¿Siguen vigentes todos los programas nombrados para las T.E.C en la institución de Pilares?

Si todos, en realidad el manejo de emociones por ahí lo dejamos no como un programa que llevan a cabo las terapeutas del grupo, sino como intervenciones que hacen Florencia que es la psicóloga del equipo, que siempre se suman a las propuestas de las chicas, las que coordinan. Hacen su grupito trabajan manejo de emociones y demás. Porque hoy las chicas que coordinan el grupo son psicomotricistas, como las psicólogas tienen más herramientas para el manejo de emociones, dejamos que trabajen lo teórico. Es el único que esta como en stand by, pero el resto se siguen haciendo todos.

3. ¿Estos programas de las T.E.C tienen un día en particular en la semana en la institución de Pilares?

No, en realidad nosotros nos reinventamos bastante después de la pandemia, y lo que hicimos (porque tuvimos cerrado un año y medio) fue darle mayor prioridad a ciertos espacios como la estimulación física. Producto de la pandemia nos dimos cuenta de que había mucho deterioro físico, mucho sedentarismo en los viejos, y otras cuestiones que hicieron que vuelva con mucha necesidad esos estímulos. Entonces, por ejemplo, es como si o sí que haya estimulación física todos los días, estimulación cognitiva también, entonces es como que varían mucho los espacios y hoy te puedo decir que predominan la estimulación cognitiva y la física por sobre otros programas viendo la necesidad postpandemia. Nos organizamos con las chicas durante el transcurso de la semana sea una propuesta variada para los viejos y haya alteración de los programas, y en todos los días de la semana tengan, un día habilidad social, un día sabores nuestros, un día esto actividad y tecnología, pero como predominio hoy actividad cognitiva y actividad física por qué es lo que hoy los viejis necesitan, vemos eso. A lo mejor estaba planificada una actividad de actividades sociales y vemos que cuando llega el grupo necesita otra cosa, usamos mucho esa flexibilidad de leer como está el grupo hoy, que es lo necesita hoy e intervenir en función a eso, no somos tan rígidos con decir “si o si, martes y jueves tiene que haber un taller de algo” justamente porque no nos manejamos con talleres, si no con propuestas que están orientadas dentro de un programa

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

4. ¿Cómo se trabaja en la institución de Pilares?

Bueno, esta cuestión de que acá vienen grupo de viejos donde la idea es que haya una facilitadora de grupo que facilite la vida del grupo durante la jornada, como ya repetí, cuestión de pos-pandemia cambiamos la modalidad, nosotros antes teníamos jornadas desde las 9 am hasta las 18 hs, y ahora nos estamos manejando con burbujas todavía donde hay unas jornadas a la mañana y unas a la tarde, las jornadas se pueden mezclar. Los de la mañana se van al medio día y al mediodía entra la jornada de la tarde. Hay dos turnos. Pero antes también estaban esos dos turnos, pero las personas podían hacer ese día entero, después elegían de acuerdo a la necesidad. Entraban a las 9 am, se iban a las 13 hs, o entraban 9 am y se iban 18 hs.

Por eso había tanto movimiento antes de la pandemia. La idea es favorecer la vida del viejo acá dentro del programa y nuestra mirada de la salud mental y en base a los programas que te contaba también vienen kinesiólogos, profes de música.

5. Aparte de las facilitadoras los demás profesionales que trabajan en la institución de Pilares también realizan intervenciones?

Si, en realidad el profe de música viene un día “fijo” y trabaja con todos los grupos. Tiene un espacio de música una vez a la semana cada grupo.

Después, todos los profesionales de equipo, kinesiólogo, nutricionista, el médico, la psicóloga, ellos tienen días en la semana en la que vienen y hacen abordajes individuales o en sus grupitos.

6. ¿En los programas de aplicación de las T.E.C siempre están presentes las facilitadoras?

Si, siempre están. Ellas son las que se encargan del grupo toda la jornada, y en el medio hay intervenciones del kinesiólogo, después la nutricionista, y así. Pero las facilitadoras están siempre.

7. ¿Pilares recibe personas con qué patologías?

La base de trabajar con personas con cuestiones de deterioro cognitivo, como consecuencia del proceso de envejecimiento, consecuencia de una patología.

8. ¿Para la institución de Pilares es condición que la persona que ingrese presente una patología?

No necesariamente, pero son muy pocos los caso, pero existen. Pero es una cuestión de que el medico no deriva, en este sentido. Pero si, tenemos casos de que el deterioro es muy leve, y es propio del proceso del envejecimiento y son super independiente. Y la zona del grupo de las 9 comparten un montón de cosas de la pandemia que se hicieron apoyo, han tenido un grupo de whatsapp entre ellos, donde se apoyaron toda la pandemia, donde no veían la hora de volver. Son super independientes, tenemos dos o tres personas que viven y se manejan solos. sin patología, a veces están relacionados con

alguna patología emocional, alguna depresión, alguna cuestión del lado emocional, pero no una patología marcada. Solo propio del proceso de envejecimiento. Hay personas que solas deciden estimularse, para entretenerse, o por algún familiar que decide mandarlos. Hay una señora de 92 años, cognitivamente está en nivel normal propio a la edad, quiso empezar a venir porque estaba sola, vive con la hija, pasa horas sola y se aburre. Hoy en los tres grupos que se quedaron conformados postpandemia, el de la mañana es el que tiene mayor nivel de independencia, por ejemplo, ellos decidieron armar un tallercito de lectura, eligieron un libro, y ponen el día fijo. el grupo de lectura surgió con ellos y le damos marcha, por ejemplo, cuando viene el kinesiólogo siempre hace algún abordaje en su grupo que nosotros le decimos un tallercito de la marcha y prevención de caída, porque él hace ejercicios y estimula con ese fin, para favorecer la marcha y prevenir caída. Pero no lo tenemos pre establecidos como un taller, si no que bueno, se hacen intervenciones para esas cosas. Pero lo del taller de libros es propio de ellos, incluso tienen sus roles, algunos no les gusta leer, solo escuchar y así se arreglan entre ellos.

9. ¿La institución tiene un rango de edades?

En realidad, si es a partir de los 50/60 años lo que hoy se considera el proceso de envejecimiento, pero no hay un tope. Comúnmente hay personas de más 60. Pero han pasado casos de tener alzhéimer precoz en personas de 45/50 años que requieren de esta estimulación.

10. ¿Es utilizada la interdisciplina como forma de abordaje?

Si, trabajamos mucho en equipo en estas cuestiones de, las terapeutas, que son las que están a cargo del grupo, las terapistas ocupacionales, psicomotricistas y estamos continuamente en trabajo con el resto del equipo que viene a hacer esto de los abordajes. Trabajamos mucho en equipo y apostamos siempre a la interdisciplina.

11. ¿Cómo se lleva un seguimiento personal de cada uno de los concurrentes que asisten a la institución de Pilares?

Desde que llegan se les hace una entrevista de admisión, comúnmente la hacemos nosotras, y de ahí empezamos a diagramar estrategias para que sean parte; los abordajes grupales siempre tienden a ser grupal/individual y vamos respondiendo como a las demandas de lo que va surgiendo, por ejemplo, una señora tuvo un golpe en el dedo, un traumatismo, entonces estamos haciendo una rehabilitación en el dedo y mano con una terapeuta ocupacional. En vez de hacerlo solamente con ella, es algo que les sirve a dos o tres personas más. Se va acompañando la necesidad de cada vieji de forma individual, si es muy puntual. Si no, se lleva a la intervención grupal. Después hacemos este seguimiento todos los días, hay intervenciones familiares también, estamos en continua comunicación con la familia, el medio evalúa, la nutricionista también, trabajamos todo a la par.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

12. ¿Quiénes se encargan de esta función?

Comúnmente somos las coordinadoras terapéuticas junto con el equipo. Pero si se trata de coordinar y buscar, comúnmente lo hacemos nosotras.

13. ¿Se realizan reuniones de equipo de trabajo?

Si, una vez al mes nos juntamos todos. Trabajamos casos puntuales, para ver como intervenimos interdisciplinariamente o por ahí, les pedimos a las TO que preparen un tema específico, como por ejemplo la higiene y trabajamos en la teoría y después lo bajamos a cada caso particular y estrategias de cómo poder intervenir. Trabajamos con el kinesiólogo hace un tiempo, preparamos como un ateneo sobre cómo cuidar nosotros a la hora de hacer la transferencia de silla de rueda a cama, de cama a silla, como hacer para que sea ecológico, para no lastimar o hacer mal, y hacer el acompañamiento sobre la marcha; la persona que lleva bastón, etc. En fin, elegimos como un tema y lo trabajamos desde ahí.

14. ¿Para abordar una persona con patología de Alzheimer qué tiene en cuenta la institución de Pilares?

Para abordar una patología, pensamos en la persona como un todo y no como una patología, hay algo puntual, acompañar, por ejemplo, en pandemia hubo una persona que le dio un acv, así que hubo que acompañar a esa persona en su rehabilitación, ahí si se atendió esa demanda puntual. Se aborda desde las áreas que son necesarias.

15. ¿Quiénes toman las decisiones sobre el tratamiento de cada persona con Alzheimer que asiste a la institución de Pilares?

El equipo completo.

16. ¿Los trabajos realizados con los concurrentes de Pilares son compartidos con sus familias?

Si, estamos en continua comunicación con la familia. Nosotros les decimos Concurrentes, no pacientes. Hacemos registros y se los compartimos a la familia. Las intervenciones familiares las hace Flor desde la coordinación.

17. ¿En qué contexto y temporalidad?

Todo el tiempo. Con algunos más que otros, eso depende de la familia, como te digo, hay concurrentes que se manejan solos, que se manejan desde su celular, y cuando no vienen les mandamos un mensajito, si no es a ellos, es a un familiar. Todos tienen un familiar referente, algunos tienen tres hijos, pero nos comunicamos con uno solo. Estamos en comunicación constante, incluso hay personas que viven con cuidadoras y tenemos sus números de teléfonos, nos contactamos, también las personas que tienen un mayor deterioro y dependencia vienen con cuidadoras, y les preguntamos a ellas como pasaron la noche (si vienen de mañana), como los vieron, como anduvieron. Ya sea con familiares, o quienes están a cargo, estamos en comunicación siempre.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Eje de Alzheimer:

18. ¿Por qué la institución de Pilares trabaja con personas con patología de Alzheimer?

Porque está orientada a trabajar con adulto mayores, y son una de las patologías más frecuentes.

19. ¿Cuál es su objetivo a corto y largo plazo para la admisión de personas con patología de Alzheimer?

Nosotros desde acá, la idea es trabajar en siempre trabajar en el buen vivir, la independencia del adulto mayor, cuando empiezan a presentar estas patologías la idea es siempre intervenir en función de retrasar el avance sabemos que del Alzheimer no hay una cura por decir de una manera pero si hay un montón de estrategias que uno puede hacer, para detener el el avance y para que la persona pueda ser lo más independiente posible en los años que le quedan de vida, cada caso es súper particular porque hay personas que el deterioro cognitivo y la cuestión conductual, cuando empiezan a retrasarse años y otras se ven cambios en meses.

20. ¿Cómo considera la institución de Pilares a las personas con patología de Alzheimer?

Yo como te decía hoy no pensamos nunca la persona desde la patología, es como una base de la institución y desde las distintas disciplinas entonces ahí es como que no nos detenemos a pensar en si es real, que hay un montón de casos y de personas que vienen acá y transcurren el proceso de envejecimiento con esta patología entonces hay que darle importancia de alguna manera, incluso me acuerdo que hemos hecho cursos y nos hemos formado en como intervenir con pacientes con Alzheimer, porque bueno es como una patología frecuente de alguna manera en esta población, es con lo que viene la persona e intervenimos con la persona en función de eso.

21. ¿Cómo llegan familiares o persona a cargo de pacientes con Alzheimer a la institución de Pilares?

A veces hay médicos que nos derivan, a veces llegan porque pasaron y nos ven, por el boca a boca. Nos ha pasado que tenemos gente, porque ponerle el vecino nos recomienda, pero si, la mayoría de los casos por recomendación médica que por ahí le dan al familiar diciendo que por ahí está bueno mandar al familiar a un centro de día, o empiecen a ir a espacios donde hagan rehabilitación cognitiva y ahí empiezan a averiguar acá en Santa Fe hay dos o tres centros de día así que algunos llegan por ahí, pero comúnmente el médico o neurólogo termina sugiriendo al familiar que vengán a un lugar como este.

22. ¿Se tienen en cuenta diagnósticos previos para la admisión del paciente a la institución de Pilares?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

No es una cuestión de estudios clínicos, por las derivaciones comúnmente, a la hora de admitir una persona se hace una entrevista con el familiar, nos cuenta un poco el proceso de la persona, se evalúa la persona, y ahí vemos si sobre todo en que grupo participa. En cómo están divididos los grupos, pero no es cuestión de algo que te haga quedar afuera de la institución digamos

Se hace una evaluación para hacer un cuadro en general. Siempre el familiar que viene derivado de algún neurólogo o médico, trae los estudios previos, lo vemos, no es que no lo vemos. Pero no es una condición.

23. ¿Qué procedimientos previos se realizan para el inicio de tratamiento del concurrente en la institución de Pilares?

Y bueno es esto que te decía, se llama por teléfono, hacer una entrevista, viene el familiar, o quien este a cargo de la persona y bueno nos cuenta un poco el panorama, y después hay una entrevista con la persona en la segunda entrevista, se la evalúa. Hay veces generamos también que la persona venga a conocer a un lugar, a que este una mañana, una tarde, una jornada y también decida si quiere participar o no, pero bueno, así como es el paso previo de la admisión, sería la entrevista familiar para conocer un poco y la entrevista con la persona para evaluarla y ver en qué grupo estaría.

24. ¿Cuántas horas de tratamiento recibe un concurrente de la institución de Pilares diariamente?

Son dos turnos, uno de mañana y otro de tarde y están compuesto por cuatro horas cada uno, así que esas son las horas de tratamiento que recibe cada concurrente.

25. ¿Recibe más de un tratamiento por día?
te puedo decir, que recibe dos o tres estímulos por día, o la asistencia.

26. ¿dentro de la institución de Pilares se pueden administrar tratamientos medicamentosos para pacientes con Alzheimer?

Si se puede, nosotros lo que siempre hacemos es preguntarle a la familia cuales son los antecedentes clínicos, porque además de Alzheimer puede tener diabetes, hipertensión y demás. Y pedimos la lista de esos medicamentos, si lo toman en el horario que vienen a pilares se lo administramos, pero comúnmente como ahora reducimos la jornada, antes cuando había jornada completa sí, porque estaban de 10 a 12 hs acá. Pero ahora suelen pasar 4 horas de jornada, las toman en su casa, pero si tienen que tomarla en el horario que están en pilares, los familiares nos traen y nosotros se lo administramos.

27. ¿La institución de Pilares realiza derivaciones? ¿En qué casos?

Si comúnmente estamos trabajando en equipo con alguna psiquiatra o algún neurólogo. Que yo me acuerde no hemos derivado casos, pero si hemos hecho interconsultas para sugerir algunas cosas a la familia y demás. Pero que yo me acuerde no derivamos.

28. ¿La institución de Pilares cuenta con tratamiento para todo el proceso de la patología de Alzheimer?

Sí. Para las tres fases de desarrollo de la patología.

Eje: psico-educación:

29. ¿Cuáles son las dudas, los temores, las ansiedades más recurrentes que presenta la familia cuando ingresa a la institución de Pilares con un familiar con patología de Alzheimer?

Sobre todo esto de cómo va a ir transcurriendo, cuestiones conductual, como pueden ir reaccionando a ciertas cosas, por ahí más por desconocimiento propio de la patología, siempre es un golpe para la familia el diagnóstico, cualquier diagnóstico, pero este diagnóstico muchos le tienen un poco de miedo y cuando le toca un familiar suelen buscar por internet entonces bueno, es acompañarlos desde ese lado, es psico-educar con lo real, lo que va a pasar por etapa, cada caso es distinto,

30. ¿El equipo de trabajadores de la institución de Pilares concientiza a la familia sobre esta patología?

Si, incluso el año pasado laburamos mucho con este grupo independiente viste que el año pasado, el día del Alzheimer es el 21 de septiembre creo, hicimos una campaña de concientización en nuestras redes sociales. Pero, laborándolo con nuestros adultos mayores porque también en el grupo que son independientes y que capaz que están transcurriendo alguna otra patología, tienen ese “miedo a” “que le llegue el momento de típico chiste “me está casando el alemán”. Entonces bueno laburamos mucho con ellos, que era el Alzheimer, como aparecía, cuáles son los síntomas, cual es el tratamiento. Y decidieron hacer una campaña de concientización y se laburo mucho con la familia, con ellos, estuvo bueno.

31. ¿El equipo de trabajo de la institución de Pilares brinda estrategias psico-educativas, capacitaciones para el hogar cuando el paciente se retira de la institución?

Si, como te digo, por ahí es más cuestión del día a día, ponele “hoy mi mama está haciendo tal cosa en casa” bueno, la estrategia que nosotros usamos acá son tales, compartiselas a las cuidadoras, por ahí trabajamos mucho con ellas, si es que están muchas horas con las cuidadoras, o con las personas que vienen del geriátrico, trabajamos con el geriátrico armando estrategias y demás. Brindamos estrategias para geriátricos.

32. ¿Hay cambios en las interacciones/relaciones de las personas allegadas cuando se enteran que su familiar presenta patología de Alzheimer?

Si, como te digo, por ahí es más cuestión del día a día, ponle “hoy mi mama está haciendo tal cosa en casa” bueno, la estrategia que nosotros usamos acá son tales, compárteselas a las cuidadoras, por ahí trabajamos mucho con ellas, si es que están muchas horas con las cuidadoras, o con las personas que vienen del geriátrico, trabajamos con el geriátrico armando estrategias y demás. Brindamos estrategias para geriátricos.

33. ¿Se deben producir cambios específicos en el hogar?

Y lo que pasa que es como te digo, es depende de cómo transcurre la patología de la persona, pero sí, yo desde mi área por ahí hay cuestiones desde la higiene, armar un calendario la típica que “me olvido tal cosa”, reorganizar las primeras etapas, que hay pequeños olvidos que son muy importante en la funcionalidad de la persona, “me olvido de tomar la medicación” “me olvido de que tome mate, me preparo de nuevo” hay una señora que “nunca desayuno” entonces por ahí, ¿qué hacemos? Le decimos que tenga una pizarra ahí en la cocina, donde vayamos tildando, que me confirme lo que ya hice. Por ahí es mas de ese lado las modificaciones que podes llegar a hacer en el lugar. Ya cuando está muy avanzado, si tiene un deterioro físico también, es modificar un poco el ambiente también para que sean lo más independientes posibles. Hemos ido a las casas de la persona, cuando es necesario, hemos ido a la casa de esa persona, y hemos evaluado el hogar justamente para hacer sugerencias específicas, si hay que hacer alguna modificación en la casa, y demás.

34. ¿Cuáles son las preguntas más habituales que tiene la familia cuando interacciona con el equipo de trabajo de Pilares?

Que les cuente como es la enfermedad, como va transcurriendo, así. Si, es más que nada eso. Para bajar la ansiedad y los miedos.

35. ¿Cuáles son las cuestiones más importantes respecto a la psico- educación que el equipo de trabajo de la institución de Pilares comunica a la familia del paciente con Alzheimer?

Es depende la necesidad. Si tratamos como te dije el año pasado, de hacer campaña en decir esto de que hay ciertos mitos y prejuicios a nivel social que tratamos de derribar porque no todo es así. No todo es de la misma manera, entonces agarramos un mito establecido a nivel social y laburamos en función de eso, algo de información teórica compartimos a la familia. Lo hemos hecho con varios temas, el año pasado para el día mundial del Alzheimer, todo el mes estuvimos laburando en función del Alzheimer.

36. ¿Cómo se organizan los trabajadores de la salud de Pilares para poder transmitirles el material cognoscitivo sobre esta demencia a las familias del allegado?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Como te digo es por ahí, lo hacemos así a través de las redes sociales. No es que hacemos una reunión, pero vamos armando materiales en relación a esto, nos compartimos por los medios de comunicación

37. ¿Qué beneficios tiene utilizar como parte del tratamiento de las T.E.C psico-educar a familiares de la persona con patología de Alzheimer?

Yo creo que el beneficio es que el familiar conozca cuales son las estrategias, o que favorece la estimulación cognitiva, y usar la estimulación cognitiva en casa porque acá pasan unas horas, e resto del día están en otro espacio la mayor parte del tiempo. Hemos dado sugerencias, ejemplo, en la pandemia miles, porque pasaba mucho tiempo en casa, “el fin de semana puedo hacer un crucigrama, regar las plantas” puedo pensar en alguna actividad para que después la compartan y bueno acompañar con estrategias y sea continuo y no quede con que solo se recibe algo cuando viene acá.

38. ¿Cuál es la frecuencia de psico-educación con la que se cuenta en la institución de Pilares?

Es continuo en relación a muchos temas, surge una persona nueva que viene, conoce y empieza, y aprovechamos y volvemos a psico-educar al resto.

39. ¿Este proceso terapéutico es realizado dentro de la misma institución?
No, no necesariamente.

40. ¿Los familiares del paciente con patología de Alzheimer son convocados a consultas particulares?

Si, en eso te digo que, si se hace intervenciones familiares, una vez al mes normalmente y ahí laburan con Flor, todas dudas y cuestiones. Los familiares, la mayoría los necesita.

Entrevista 3

Entrevista realizada a una de las trabajadoras de la salud de la institución de Pilares: psico-motricista.

Eje: Técnicas de Estimulación Cognitivas (T.E.C): esta entrevista será realizada a los trabajadores de la salud de la institución de Pilares.

1. ¿Cuáles son las variables que se tienen en cuenta para planificar las T.E.C?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Si en realidad vemos al paciente con lo que trae desde la casa, las diferentes áreas a estimular, la atención, vemos la razón en sí, y a partir de eso vamos planificando, la persona y el grupo en realidad porque por ahí la individualidad en el grupo cambia un poco entonces tratamos de que les sirva a todos la estimulación. Se realizan estimulaciones individuales a veces sobre determinados casos sin dejar el grupo solo. La individualidad se realiza más que nada en situaciones dependiendo las características que presente En el momento cuando lo vemos más desorientados en las actividades nos enfocamos más en esas personas desde lo individual para estimular. Dependiendo las características que trae en el momento o a lo largo de los días, por que por ahí viene super bien y a la otra semana vemos que esta más desorientados y ahí tratamos de enfocarnos en ellos-

2. ¿Qué trabajadores de la salud las planifican?

Los terapeutas ocupacionales y psicomotricistas, que somos cuatro. Y las decisiones de las actividades las tomamos nosotras (facilitadoras- terapeutas ocupacionales-psicomotricistas).

3. ¿Qué se puede destacar como positivo de resultados obtenidos a través de la utilización de las T.E.C? ¿Hay negativos?

Todas las técnicas y planificaciones que vamos haciendo se ven a corto y a largo plazo las mejoras en los viejos. El vínculo que se forma en lo social que eso ayuda un montón a prestar atención a concentrarse a no tener tantos olvidos como cuando están en sus casas o pasan varios días sin venir. Se puede ver después de una semana la organización y la estructuras que ellos pueden tener ya sea mental activamente sin tener tantos olvidos cuando ellos vienen seguido. Y cuando cortar la presencialidad se nota como desorientan en tiempo y espacio, con los materiales, pierden la rutina por el fin de semana que no asisten y los lunes es como volver a arrancar en algunos casos. Y como negativo respecto a las estimulaciones, nada.

4. ¿Qué es lo que primero puede observarse cuando un paciente con patología de Alzheimer recibe tratamiento de las T.E.C?

Bueno, como te decía la organización tempo-espacial full, el tema de las lagunas mentales que se van espaciando en el tiempo, las preguntas repetitivas que van desapareciendo, eso es como lo que más se ve en un principio. Después de un tiempo, obviamente no en una semana se van a notar mejoras en un paciente nuevo, de acá a un mes, mes y medio se puede observar, todo esto que digo de bajar la ansiedad, obtener más concentración.

5. ¿Utilizan estrategias específicas para la implementación de las T.E.C?

Establecido de ante mano no, lo vamos viendo también depende con quien trabajamos individualmente. Tenemos estas pautas del “Como andas” no lo utilizamos tanto, para no traer a

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

colación, toda la emoción ahí en lo grupal, si individual podemos hablar más. ¿Pero si el “como andas” lo sacamos, tratamos más de “Que hiciste el finde? Que comiste hoy?” hay algunas preguntas que las sacamos para no desatar otras cosas, en la grupal. Y obviamente enfocarnos en lo grupal y en el objetivo que queremos trabajar en el día.

6. ¿Hasta que fase aplica la institución de Pilares las T.E.C en pacientes con patología de Alzheimer?

Nosotras la aplicamos en todas las fases, obviamente cuanto más profundo, vemos la complejidad de la actividad. También a veces se asocian otras patologías, como la vista que no podemos hacer ficha cognitiva, y lo hacemos desde lo oral, pero van variando en complejidad. Lo hacemos en todas las fases. El paciente puede seguir estimulándose. Por ahí más de lo motor. “que color es este palo que tenemos en la mano?” para que asocie en ese momento, preste atención y conteste.

7. ¿En qué fase de avance de la patología de Alzheimer pueden considerarse mayores resultados con la aplicación de las T.E.C? ¿Por qué?

En la primer y segunda, más que nada en la primera.

Porque no hay tanta perdida cognitiva, de y la memoria, de la concentración. Y es también depende del cuadro en el que llega la persona, porque por ahí, esta hace tres años así y no saben decir bien en qué etapa están, viene la persona y nosotros actuamos sobre lo que viene hoy. Ir viendo día a día el proceso, tienen avances y retrocesos. En pandemia los grupos pasaron de ser un grupo independiente a ser un grupo semi-dependiente, la pandemia hizo tipo estragos a nivel cognitivo, a nivel motor, en distintas áreas de la persona.

En video llamada y cuando se habilitaron al final de pandemia íbamos a domicilio, y ahí se veía increíble el retroceso de las personas.

Todo el primer año estuvimos sin estimular por pandemia, pero nos comunicábamos en video llamada o llamada telefónica, que tampoco se podía hacer mucho, como cuando estábamos en grupo. Le mandábamos preguntas y respuestas por escritos, que le imprimían los hijos o le pasábamos nosotros. Ellos la resolvían solo, muy simple, para no llegar a la frustración y mediante llamadas telefónicas charlábamos. Porque no todos podían hacer videollamada, algunos estaban solos, otros en geriátricos. Si el hijo iba a la casa organizábamos videollamada en ese horario. Era difícil.

Tratarlos en la casa es distinto que acá en la institución, más que nada en lo social, porque si por ahí uno labura en lo individual ves un montón de avances más que en lo grupal, hablando desde lo cognitivo. Lo que tiene de bueno el grupo es que ellos salen de la casa, y vienen acá, es como agregar esto a la rutina. Es lo que mejor le hacen, y tienen contacto con sus pares. El intercambio de los temas

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

que hablan les hace re bien. Hacer actividades artísticas, manuales, motoras, ese cambio, es muy bueno. Y nosotras tenemos un espacio para poder desarrollarnos mejor. Y el tema de las horas, ellos vienen, tienen un corte, charlan. A la casa vas 45 min, haces una sola actividad. Es más productivo lo social.

8. ¿Qué es lo que más se puede trabajar en las primeras fases con personas con patología de Alzheimer?

En cuanto a cognitivo, o estimulación, desde textos a ir haciendo preguntas, para ir recordando, la memoria a corto plazo, la orientación, ya sea en la hoja o en el espacio, el test de memoria.

9. ¿Las T.E.C que son utilizadas con pacientes con patología de Alzheimer son comunicadas a los familiares del mismo?

No, si le comunicamos técnicas en sí, que hacemos físico, fichas cognitivas (en pandemia se llevaban esas actividades a la casa). Saben lo que hacemos a grandes rasgos, pero no específico. O lo que le cuentan ellos, pero no le mandamos detallados, o en las reuniones con Flor.

10. ¿Los familiares de pacientes con patología de Alzheimer utilizan las T.E.C en un contexto extra-institucional?

No las mismas que utilizamos nosotros, pero flor le da algunas sugerencias para poder tratar en casa, para tratar la patología con amorosidad. Es depende la familia (que quiere, o no) , para que ayude en algunas cuestiones del hogar como poner la mesa, o levantar la mesa. O tienen cuidadora, y le dejan dicho a las cuidadoras. Pero por ahí la familia con la rutina, el trabajo y todo, es medio complicado.

Eje: psico-educación:

11. ¿Cuáles son las dudas, los temores, las ansiedades más recurrentes que presenta la familia cuando ingresa a la institución de Pilares con un familiar con patología de Alzheimer?

Más que nada, las dudas que se generen. “Va a volver como era antes?” Ansiedades, que tan rápido se van a desarrollar la patología. Y nos preguntan por las actividades que hacemos acá, les explicamos acá, a grandes rasgos para que sepan lo que hacemos acá.

12. ¿El equipo de trabajadores de la institución de Pilares concientiza a la familia sobre esta patología?

Si, eso explica Flor. Y transcurriendo el tiempo llaman a cada familiar para contar como van en su proceso, como va avanzando.

13. ¿El equipo de trabajo de la institución de Pilares brinda estrategias psico-educativas, capacitaciones para el hogar cuando el paciente se retira de la institución?

Eso lo hace Flor con los familiares, les cuenta que interactúen con actitudes positivas no tanto negativas, como cuando llegan al nivel que no contienen el esfínter, no enojarse, si no bueno, no pasa nada, nos cambiamos y seguimos. Son como sugerencias para que sea mas llevadero día a día. Cuando preguntan a qué hora se van y ponele falta una hora, le decimos en un ratito y seguimos para que no esté tan pendiente del tiempo y no se pierda en eso, son pequeñas técnicas. Se informa al familiar, para que no sea tan engorroso vivir digamos con una persona con Alzheimer. Como transmitirle esto.

Algo para aportar positivo o negativo
Bueno, como positivo dialogar y tener relaciones con sus pares, los beneficios que trae todos los días hacer estimulación, actividades sociales, artísticas. Y bueno por ahí, cuando es finde largo o los findes se ve un retroceso, sería como lo negativo, el no tener continuidad. Aunque se le manda tarea, para que sigan estimulando. Y cumplían la tarea, algunos solos, los más independientes y algunos con ayuda de su familia.

14. ¿Hay cambios en las interacciones/relaciones de las personas allegadas cuando se enteran que su familiar presenta patología de Alzheimer?

Si, muchos cambios.

15. ¿Se deben producir cambios específicos en el hogar?

Si, pero de eso se encarga flor.

16. ¿Todas las actividades de estimulación cognitiva se realizan dentro de la institución de Pilares?

Antes, realizábamos salidas, dependiendo el clima, íbamos a la avenida a hacer ejercicios, esta bueno porque les encanta salir, cruzar la calle es un montón para ellos, había veces que trabajamos en la terraza, un par de veces fuimos al mercado norte, a ate, hacíamos una salida que estaba muy bueno desde lo social, como el romper con la rutina y hacer algo distinto. Cada tanto esta bueno hacerlo. Como, por ejemplo, antes de pandemia; primavera lo festejábamos en ate, todo el día haciendo diferentes cosas. Les despierta interés y ganas de seguir viniendo.

17. ¿Utilizan estrategias para incentivar a que asistan a la institución de Pilares?

Ellos lo toman como una escolita, dicen “voy a la escolita” “voy a hacer tal cosa, vuelvo a mi casa y duermo la siesta” Nosotras queremos que la pasen bien, y se diviertan, que les guste y no de forma tan estructurada. Que no estén todo el tiempo usando la concentración para no generar un desgaste. Tratamos de que puedan desarrollarse y hacer las actividades solos sin que les genere frustración, si no estamos al lado, porque si se frustran a veces no quieren venir al otro día. Les encanta cocinar, entonces una vez a la semana, los ponemos en la cocina, hicimos pepas, alfajorcitos de maicena, y así. Porque a ellos les gusta. Siempre buscar algo que le guste y sea de su agrado. Por ejemplo,

ponemos una ficha en la pared, tiramos el dado, y entre todos empezamos ponerle “nombres con A”, que, si eso lo tuvieran que hacer en una hoja individual, no lo hacen tanto. Porque a determinada edad ya no conservan tanto la escritura. Si no, el habla. Ellos mismos, se respetan uno a otro, se respetan los turnos.

Entrevista 4

Entrevista realizada a la dueña de la institución de Pilares.

1. ¿Cómo surge el nombre que lleva hoy la institución de Pilares y que significado o representación tiene el mismo para vos?

Bueno, el centro de día se llama Pilares, el nombre tiene que ver o lo podés ver reflejada en el logo, que tiene como cuatro representaciones, como una figura humana que hace lo que pensamos que es fundamental en cuanto al desarrollo y al contexto de la persona mayor. Uno es la persona mayor, otro pilar sería la sociedad en la que estamos insertos, otro pilar sería la familia y otro pilar sería el equipo de profesionales. Desde ahí surge el nombre, pensando en los actores y la persona mayor como protagonista y si acompañada e inserta en la sociedad en la que vivimos

2. ¿Cómo surge la idea de llevar a cabo una institución como Pilares?

La idea surge ante la necesidad que veíamos, que presentaban las personas mayores y la ausencia en que veíamos como centro de día en aquel momento, hace casi ya diez años no había muchos centros de días en Santa Fe. Lo que si había eran personas que cuidaban en domicilios, el sistema de atención domiciliaria o la presencia de geriátricos u hogares de internación completa. También había talleres como centros de jubilados donde la persona mayor iba un ratito y se volvía a su casa. Lo que seguíamos viendo era la necesidad de la construcción real de una red, de la construcción real de un espacio mas de sostén que acompañe el desarrollo mayor en esta etapa de la vida entendiendo que no para todos es necesario, pero que para algunos si lo era y las opciones con las que contaba la persona mayor a veces resultaban insuficientes para lo que la persona estaba transitando y atravesando sobre todo en procesos donde el deterioro cognitivo se hacia presente. Era insuficiente que la persona vaya a una hora de terapia ocupacional y vuelva o una hora de psicología y se vuelva a su casa. Por todo lo que hay q abordar para que el proceso de rehabilitación sea mas real y contenedor.

3. ¿Cuándo abre sus puertas? Día/mes/ año

En el año 2012, 20 de diciembre.

4. ¿Quién o quiénes le dan inicio?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Le doy inicio yo (dueña de la institución) y otra compañera que ya no está en este proyecto. Yo soy psicóloga y ella terapeuta ocupacional.

5. ¿Qué trabajadores de la salud comenzaron con este proyecto, y cuáles se fueron incorporando? ¿A partir de qué?

El proyecto inicia con el equipo de profesionales que está conformado bueno, yo soy psicóloga, una terapeuta ocupacional, psicomotricista, la nutricionista esta y el medico también. Después, se fue sumando un trabajador social, un profe de educación física, música, básicamente eso

6. ¿Con qué programas o talleres se comenzó, cuáles se fueron sumando? ¿Por qué?

Nosotros cuando abrimos el centro de día teníamos pensado, los programas que darían luz a las intenciones y en base a las anulaciones que hacemos de las personas ya como hablábamos con las chicas, la característica, planificando estratégicamente las propuestas a estos programas, de salud integral, terapia cognitiva, de actividades sociales, el manejo de emociones. La forma de la participación estratégicas, y la verificación centrada en la persona, da inicio digamos, siempre tuvimos esa forma. Se va modificando de acuerdo a las personas que van siendo parte del proceso, la estrategia terapéutica tiene que ver con planificar estratégicamente, y desde esto programas que nos permite pensar con objetivo las propuestas.

7. ¿Cómo se trabaja en la institución de Pilares?

El centro de día tiene como principal objetivo la rehabilitación psicosocial, en primer lugar, lo que se realiza es acompañar a la persona en la etapa de la vejez, en base a eso a que pueda transitar el proceso de rehabilitación, mediante propuestas de estimulación integral, cognitiva, de estimulación física. Principalmente eso, el objetivo del centro es que la persona pueda transitar su proceso de rehabilitación, estimulación cognitiva, física, sociales, emocionales que preserva al momento de ingresar, que se pueda, el proceso de evolución, bueno desde ese lugar va dando a las respuestas terapéuticas de rehabilitación.

8. ¿Pilares recibe personas con qué patologías?

La institución de pilares, aloja personas, que presentan diferentes problemáticas, diferentes procesos patológicos, la mayoría presenta demencia dentro de los grupos de lo que son deterioro cognitivo y demencia y también aparece trastorno del estado de ánimo. Recibimos personas, no recibimos patologías, te quiero recordar eso. Es importante al momento de posicionarse, de pensar la rehabilitación. No vemos a la persona desde el diagnostico. El lenguaje construye realidades y somos muy insistentes en esto, la persona con Alzheimer, la persona con historia, con experiencia, con muchas vivencias, es distinta a otra persona con Alzheimer, por eso jamás repetimos el proceso de rehabilitación, aunque la propuesta sea similar, la forma en la que transita es singular.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

9. ¿La institución tiene un rango de edades?

El centro de día es para personas mayores, y las personas mayores son consideradas a partir de los 65 años

10. ¿Es utilizada la interdisciplina como forma de abordaje?

Es utilizada la interdisciplina como meta, que a veces nos acercamos mas, a veces menos, por eso el equipo de pilares cuenta con casi todas las disciplinas que posibilite el campo de la salud y la salud mental, hay psicólogo, hay kinesiólogo, hay clínico, TO, psicomotricista, asistente gerontológico, profe de Ed física, administrativo, somos todos partes de acompañar a la persona mayor. Santiago y Martín se encargan de lo administrativo

11. ¿Cómo se lleva un seguimiento personal de cada uno de los concurrentes que asisten a la institución de Pilares?

Se lleva mediante el seguimiento de los familiares, en caso de las personas con demencia a través de legajo, vamos haciendo lo que se llamamos como planificación personalizada, vamos trabajando el proceso de la persona, como va trabajando y también lo hacemos en contacto con los profesionales, el viernes pasado trabajamos con la neuróloga en cómo se basa el proceso de la persona que ya siente, que sugerencia tenemos, que sugerencias tiene ella, ponemos en común, se hace un seguimiento de la persona. Aparece como un síntoma por decirlo de una forma el aumento de la deambulación, trabajamos con cuidadores, familiares, para saber cómo acompañar a la persona en esos momentos.

12. ¿Quiénes se encargan de esta función?

Nos encargamos en equipo, y con los familiares, esa función la tengo encargada yo, la disciplina, el roll. El seguimiento lo hacemos en equipo, nos reunimos todos los días, vemos como van, si les paso algo, hacemos encuentros diarios con los familiares

13. ¿Se realizan reuniones de equipo de trabajo?

Si, ya postpandemia, hemos retomado, como ya te digo, encuentros diarios donde nos ponemos al día en que paso con las personas y con nosotras. Antes de arrancar la jornada hacemos reuniones

14. ¿Para abordar una persona con patología de Alzheimer qué tiene en cuenta la institución de Pilares?

Para acompañar una persona que tiene una patología, abordamos a la persona, tenemos en cuenta la atención gerontológica integral, tenemos en cuenta los diagnósticos, nos concentramos por supuesto, el contexto familiar, tenemos en cuenta la forma de la persona en la que viene, implementando como se realiza en su vida y a partir de ahí, realizar mejoras en lo terapéutico, en el ambiente familiar, desde su casa también, la ubicación de los objetos, la organización de las cosas, eso es más o menos todo lo que vemos, si se atienden fuera de pilares, y como es, buscamos objetivos comunes y a la vez específicos de

cada intervención. El personal atiende fuera de la institución, ahora hay una persona que se quebró y tenemos un profesional asistiéndolo en su casa, y si vemos que, por ejemplo, hace dos semanas una persona con demencia empezó a deambular más, tuvo una caída en su casa, lo que hicimos fue, organizar mejoras en su casa con la familia, para prevenir la caída, tener sistema de apoyo. Hace un mes una persona se descompuso en la casa, y estuvo dos semanas sin venir a pilares y con agus y vicki fuimos y evaluamos, conversamos con la familia, fue una terapeuta, hasta que pueda volver a pilares

15. ¿Quiénes toman las decisiones sobre el tratamiento de cada persona con Alzheimer que asiste a la institución de Pilares?

Todo el equipo, el equipo debate, el equipo analiza, y el equipo decide. Y después soy la que me ocupo del familiar, hay que modificar algo, hay que hacer consulta.

16. ¿Los trabajos realizados con los concurrentes de Pilares son compartidos con sus familias?

Si, son compartidos los trabajos, hay muchos registros fotográficos, a través de whatsapp, para la familia es muy importante para la mayoría, preguntan como están, el proceso, la descripción y el compartir se hace también con las imágenes, filmaciones.

17. ¿En qué contexto y temporalidad?

Si, es continuo. Con los familiares, es continuo, ya sea por teléfono, una cita pautaada, por videollamada, una vez por mes.

18. ¿Si tendrías que marcar una diferencia entre lo que es el trabajo grupal e individual cuál sería?

Sin duda, en el espacio grupal es un tipo de dinámica, en el individual es como que hacemos luz en lo que la persona necesita. Por ej, la semana pasada falleció el compañero de una de las personas que va a pilares, la psicóloga va a hacer luz en esa persona, en el acompañamiento individual. También trabajamos grupalmente, hay espacios por grupos, son de tres o cuatro persona, esto es de acuerdo a lo que la persona va necesitando. Si la persona tuvo una caída y necesita organizarse, va desde el lado grupal, porque lo grupal lo va a sostener, el sentido de pertenencia, los vínculos, la representación interna, las redes, incluso con personas con deterioro moderado hay cosas que se apuntan a lo mismo, pero con una estrategia diferente.

Eje:Alzheimer:

19. ¿Por qué la institución de Pilares trabaja con personas con patología de Alzheimer?

Porque entendemos que es un proceso que se da en esta etapa de la vida, la posibilidad de generar espacios donde se pueda abordar digamos, y acompañar a las personas con demencia, en realidad.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Porque la demencia es un tipo de Alzheimer. Generamos un espacio terapéutico, para acompañar esta patología, individual o en grupo.

20. ¿Cuál es su objetivo a corto y largo plazo para la admisión de personas con patología de Alzheimer?

El objetivo para la persona con demencia que puede ser un tipo de Alzheimer, tiene que ver con realizar una valoración, tiene que ver con presionar las funciones con las que llegan el momento de admisión, tiene que ver con el deterioro, tiene que ver con las formas de vivir de la persona tanto en pilares como en su casa, eso son objetivos que te vas poniendo a corto y a largo plazo, y que se van ajustando a lo que la persona va necesitando, el objetivo no es estático, si no que se adecua y se modifica a lo que va sucediendo con la persona y su contexto.

21. ¿Cómo considera la institución de Pilares a las personas con patología de Alzheimer?

Lo consideramos como una persona sujeto de derecho consideramos a la persona protagonista de sus procesos, consideramos a la persona con demencia tipo Alzheimer con la posibilidad de trabajar desde su potencial incluso cuando hacemos una valoración y dan valores altos en cuanto a la desorientación tiempo y espacio. Lo consideramos a la persona desde su lugar.

22. ¿Cómo llegan familiares o persona a cargo de pacientes con Alzheimer a la institución de Pilares?

Es variado, puede ser la derivación de un médico, puede ser porque compartieron la experiencia de otra persona con demencia que transito su proceso en pilares, la derivación es por ahí digamos, de compartir la experiencia de un familiar a otro.

23. ¿Se tienen en cuenta diagnósticos previos para la admisión del paciente a la institución de Pilares?

Si, claro. Tenemos en cuenta lo que ha transitado la persona, la historia, los estudios que tiene, son parte de eso y somos muy respetuosos de los estudios que tengan, los diagnósticos presentes, nos da mucha información y nos orienta.

24. ¿Qué procedimientos previos se realizan para el inicio de tratamiento del concurrente en la institución de Pilares?

Hay diferentes instancias generalmente es en casos de personas con Alzheimer, es una entrevista con su familiar, que comparte la situación, que da las características, y una segunda instancia a la persona, y después la persona va un día a la jornada de pilares donde podemos observar de manera indirecta sin que sea invasivo como es el desempeño de la persona, como se puede abordar, y a partir de ahí supervisar los objetivos. Y ahí vemos si se va a poder alojar la persona o si es apropiada

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

25. ¿Cuántas horas de tratamiento recibe un concurrente de la institución de Pilares diariamente?

La persona puede ir a distintas jornadas, postpandemia puede ir por la mañana o por la tarde, la cantidad de días que la persona necesita y la familia considera, independientemente y depende los días que vaya recibe estimulación integral, es parte de la estimulación integral.

26. ¿Recibe más de un tratamiento por día?

En realidad, no es que recibe más de un tratamiento por día, la rehabilitación psicosocial dentro de un centro de día, hay diferentes propuestas.

27. ¿dentro de la institución de Pilares se pueden administrar tratamientos medicamentosos para pacientes con Alzheimer?

Administramos medicamentos por ejemplo cuando vienen de sus casas con pastillas que toman, y justo les toca dentro de las horas en las que están en la institución, y bueno, nosotras se las administramos.

28. ¿La institución de Pilares realiza derivaciones? ¿En qué casos?

Si, en caso donde no se pueda o vemos que se vea que necesita otro tipo de atenciones, en realidad trabajamos en red, hay veces donde la persona no pueda vivir mas en su casa y tenga que ir a un hogar, hay veces donde ya no puede más ir a un centro de día entonces, sigue haciendo estimulación en el hogar, aunque ya no es lo mismo obviamente en el deterioro y hay veces que eso sucede y ahí acompañamos el proceso.

29. ¿La institución de Pilares cuenta con tratamiento para todo el proceso de la patología de Alzheimer?

Eje: Técnicas de Estimulación Cognitivas (T.E.C): esta entrevista será realizada a los trabajadores de la salud de la institución de Pilares.

30. ¿Cuáles son las variables que se tienen en cuenta para planificar las T.E.C?

Principalmente la evaluación gerontológica que hacemos, es decir, el grado que se nos presenta, el como la persona va respondiendo una vez que empezamos a implementar las estrategias de intervención es la respuesta que vamos observando, las variables son esas, los gustos previos de esas personas, las actividades que realizaba. Tenemos en cuenta la valoración objetiva, la historia, vamos viendo que habilidades están conservadas, vamos viendo el grado de conservación.

31. ¿Qué trabajadores de la salud las planifican?

Principalmente las trabajan las terapistas, lo que nosotras hacemos es trabajar a partir de un sistema de drive, ahí se planifican la propuesta, entre todas, y diariamente las vamos adecuando a lo que

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

se va observando de la persona, en esta forma lo vamos haciendo así, entonces la semana que viene vamos a pensar una propuesta para trabajar la concentración, y la atención, en tal grupo, en tal persona.

32. ¿Qué se puede destacar como positivo de resultados obtenidos a través de la utilización de las T.E.C? ¿Hay negativos?

Teniendo en cuenta las TEC dentro de un programa de estimulación integral, en un proceso de rehabilitación psicosocial, esto es parte de la estimulación cognitiva podemos ver que va un proceso más lento que la evolución del deterioro, eso lo podemos demostrar, una persona q inicia en el centro de rehabilitación de día que de acá a 3 meses o de acá a 6 meses no tenga avances en su deterioro es un logro terapéutico que pueda transitar el cotidiano con más calidad de vida, con bienestar, no solo la persona si no el contexto, vemos que es parte de la forma de las TEC. Cuando la familia pueda llevar a casa, las técnicas, las palabras que puede llegar a decir, que no, que servicios hacer, como favorecerlos, bueno eso hace que el bienestar aparezca en los vínculos, que es uno de los objetivos. Que la persona con demencia pueda estar más tiempo viviendo en su casa, es un logro. Si no bueno, se acompaña de la mejor manera posible.

33. ¿Qué es lo que primero puede observarse cuando un paciente con patología de Alzheimer recibe tratamiento de las T.E.C?

Lo primero que podemos observar es que hay disminución de la ansiedad, que esta muy elevada, que hay una disminución motora, podemos observar que estén más orientados, que mejoran la toma de su medicación, más allá de los ejercicios, acá también le abre a la psicoeducación este tipo de estrategias

34. ¿Utilizan estrategias específicas para la implementación de las T.E.C?

Respecto a la implementación, vamos viendo a como las personas responden, como resulta este escenario terapéutico grupal o individual de esa persona, es lo que nos va devolviendo y sostenemos la forma de lo q es individual o por grupo, tipo recursos concretos, es lo que la persona nos va diciendo desde lo verbal y lo gestual.

35. ¿Hasta que fase aplica la institución de Pilares las T.E.C en pacientes con patología de Alzheimer?

En realidad el proceso acontece de acuerdo a la persona también, hay fases donde por ejemplo la desorientación se da un día muy elevado con agresividad donde la persona necesita principios básicos, ese es el momento en donde empezamos a pensar, lo que la persona necesita son cuidados, donde la estimulación aparezca desde otra forma, no solo dispositivo.

36. ¿En qué fase de avance de la patología de Alzheimer pueden considerarse mayores resultados con la aplicación de las T.E.C? ¿Por qué?

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Y la realidad, es que cuanto antes empecemos a trabajar en relación a las fases, cuanto antes llegue la persona, mucho mayor resultado vemos, eso tiene que ver con las capacidades que conserva las fases iniciales, si fuera una persona en un estado avanzado es más complejo a la hora del resultado. Los objetivos se establecen de acuerdo a la persona, entonces la persona inicia su proceso en una fase moderada y bueno los objetivos se desarrollan a través de eso, el deterioro no es algo que se pueda reestablecer. Solamente tratar de conservar lo que se preserva.

37. ¿Qué es lo que más se puede trabajar en las primeras fases con personas con patología de Alzheimer?

Lo que mas se puede trabajar es sobre lo que ya hablamos, lo que todavía se mantiene vivo, y poder extenderlo el mayor tiempo posible.

38. ¿Las T.E.C que son utilizadas con pacientes con patología de Alzheimer son comunicadas a los familiares del mismo?

Si, ellos saben de qué se trata el proceso, que se hace, como me preguntabas antes, desde lo verbal, las fotos y eso.

39. ¿Los familiares de pacientes con patología de Alzheimer utilizan las T.E.C en un contexto extra-institucional?

Eje: psico-educación:

40. ¿Cuáles son las dudas, los temores, las ansiedades más recurrentes que presenta la familia cuando ingresa a la institución de Pilares con un familiar con patología de Alzheimer?

Lo más recurrente es temor a que no los reconozcan, el no saber cómo responder cuando aparecen resistencias como las actividades básicas de la vida diaria, principalmente eso, desde lo emocional es prácticamente eso. Y realizamos comunicaciones a través de escritos que vamos armando, desde todas las áreas, las personas empiezan afectadas por ejemplo desde la alimentación, esta la nutricionista, hace intervención, que está muy buena a la hora de incorporar nutrientes, se los mostramos a los familiares, ella también los llama.

41. ¿El equipo de trabajadores de la institución de Pilares concientiza a la familia sobre esta patología?

Si, trabajamos con los familiares con respecto a esto, para que se vea el proceso, que es lo que va apareciendo, para que la familia vaya afrontando, para que vean también que es lo que se puede hacer y que no, las actividades que pueden hacer, de acuerdo a lo que va sucediendo con la persona.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

42. ¿El equipo de trabajo de la institución de Pilares brinda estrategias psico-educativas, capacitaciones para el hogar cuando el paciente se retira de la institución?

Si, en realidad, esto que yo te contaba de lo que hacemos con el equipo de cuidadores, cuando hay dificultades que le damos estancias psicoeducativa o que se entrena, a las personas que brindan cuidado, a la familia, para que se pueda involucrar bien si algún día la persona deja de ir a pilares.

43. ¿Hay cambios en las interacciones/relaciones de las personas allegadas cuando se enteran que su familiar presenta patología de Alzheimer?

No hay una única forma de ejercer las relaciones, eso tiene que ver con el estilo de cada familia, con la trama vincular previa, que se viene en el sistema familiar y a través de ahí psico-educando en lo que sea necesario para una persona con demencia, por ejemplo, damos una consigna de que sea con pocas palabras, que sea breve, que sea claro, que se mire a los ojos, el tono de vos, la preparación del ambiente todo eso se psico-educando contemplándolo en la forma que la familia trae.

44. ¿Se deben producir cambios específicos en el hogar?

Si, como te contaba antes, tratamos de que la familia pueda hacer cambios en donde se genere un ambiente accesible y sea gerontológicamente pensado, en donde la persona pueda, por ejemplo, tener en el baño el paso a paso del cepillado de dientes, para pacientes más avanzados para que pueda ayudar a que esto se pueda hacer o que saquen la alfombra que hay, algo sencillo que la persona no se dé cuenta

45. ¿Cuáles son las preguntas más habituales que tiene la familia cuando interacciona con el equipo de trabajo de Pilares?

La pregunta más habitual es no sé cómo hacer para que se bañe, no sé cómo hacer para que asista a una reunión familiar, cuando ya no puede. La pregunta más habitual tiene que ver de cuando hay un momento de mucha desorientación que se generaliza con los cuidadores o familiares, bueno entra en un contexto de angustia, de ansiedad, negatividad, principalmente es eso. La vida diaria o la parte vincular o reconocimiento

46. ¿Cuáles son las cuestiones más importantes respecto a la psico-educación que el equipo de trabajo de la institución de Pilares comunica a la familia del paciente con Alzheimer?

Como más importante, los familiares o cuidadores pueda conocer de que se trata el proceso que atraviesa, que sepa cuales son los indicadores que pueda llamarle la atención o alertar en algún punto, que sepan que decir y que no al momento de una desorientación para que la interacción no tome una escalada negativa, que los familiares puedan empezar a trabajar con nuevos recursos para acompañar a la persona en esos momentos y que no sea obstaculizador en esos momentos en la persona con

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.

Alzheimer, hasta que se pueda generar un ambiente contenedor para la persona con recursos que a la vez contengan a la familia o el cuidador

47. ¿Cómo se organizan los trabajadores de la salud de Pilares para poder transmitirles el material cognoscitivo sobre esta demencia a las familias del allegado?

Vamos trabajando depende, porque a veces hacemos folletos, a veces en forma verbal, se van haciendo comunicaciones, pero personalizada. Pero si trabajamos ponele, el Alzheimer es: se puede generalizar y con otros recursos.

48. ¿Que beneficios tiene utilizar como parte del tratamiento de las T.E.C psico-educar a familiares de la persona con patología de Alzheimer?

Los beneficios que tiene es que la familia conozca y puedan aplicar en la medida de lo posible la estrategia en casa, para que se pueda vivenciar una convivencia más placentera en cas

49. ¿Cuál es la frecuencia de psico-educación con la que se cuenta en la institución de Pilares?

Se da en la instancia en las reuniones familiares, en las reuniones mensuales, mientras no pase nada, ósea tratamos de tener comunicación diaria y si pasa algo concurrimos a una reunión, para que el familiar este presente, porque seguramente hay algo que el familiar no conoce y que la psicoeducación comparte, teórico y práctico para que sepa algo distinto. La psicoeducación está en cada intervención con los familiares, ya sea por teléfono o vivencial, el encuentro mensual.

50. ¿Los familiares del paciente con patología de Alzheimer son convocados a consultas particulares?

Si, mira a veces nos pasan que las personas van todos los días a pilares y de los familiares no sabemos nada, en esos casos, nosotros los convocamos para compartir el proceso, para ver como lo están viendo ellos, que vengan a pilares, si hay un poquito de resistencia, hablamos por teléfono, y vemos que puede ser consensual o virtual para que pueda acompañar el proceso de la persona.

“Técnicas de estimulación cognitiva aplicadas por trabajadores de la salud en pacientes diagnosticados con Alzheimer en su fase inicial”.